Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LEGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME VINGT-SIXIÈME.

OCTOBRE 1834.

Bruxelles,
ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

SEPTEMBRE 1834.

La médecine, selon l'École dite l'Allopathie, est-elle une Science ?

Cette question qui, aux yeux du public, à ceux même de bien des gens de l'art, peut ne paraître qu'une mauvaise plaisanterie, une pure dérision, est fort souvent intervenue dans mes travaux, soit pratiques, soit littéraires, depuis près de trente ans que je m'occupe spécialement de malades et de maladies. Avant de connaître l'homœopathie, je ne cherchais point à l'aborder franchement. Semblable à tant d'autres questions qui peuvent se présenter à l'esprit de l'homme qui réfléchit, je l'évitais; je préférais un état de choses passé en vérité par les temps et les habitudes, à des recherches dont les résultats auraient pu être entièrement contraires à mon attente et à mes désirs.

Plus éclairé sur les véritables bases de la médecine, je trouve cette question plus pressante, et, autant il pouvait répugner à une conscience droite de la traiter, autant il lui est commandé maintenant de le faire; mais de le faire avec scrupule, sans passion ni prévention.

C'est donc sérieusement que je vais l'aborder et j'aurai atteint mon but, si je la traite de manière à être compris et à porter la conviction dans l'esprit mes lecteurs.

Depuis long-temps on a dit qu'une science était l'art de deviner ou de prédire. Cette assertion, absurde dans les sens qu'on lui donnait autrefois, devient une vérité, si on entend seulement exprimer par-là que le nom de science ne doit être donné qu'à un corps de doctrine au moyen duquel on peut prédire d'avance le résultat d'expériences qui n'ont point encore été faites. Ainsi la physique est une science, parce qu'elle donne les moyens de prédire combien de temps un corps qui gravite restera à parcourir un espace donné; la géométrie est une science, parce que connaissant la valeur de deux angles d'un triangle, elle donne les moyens de prédire celle du troisième; l'astronomie est une science, parce qu'elle donne les moyens de prédire le retour d'une éclipse, celui d'un astre qui vient de se perdre sous l'horizon.

Ces sciences auxquelles on ne peut en ajouter qu'un petit nombre d'autres, sont les sciences physiques et mathématiques, les sciences dites exactes. Elles sont les premières chez lesquelles cette faculté de déterminer l'inconnu par le connu en procédant toujours par les relations d'effets à cause, s'est d'abord développée.

Plus tard seulement, et beaucoup plus tard, on s'est aperçu que cette même faculté existait dans les sciences naturelles, la botanique, la zoologie, etc., qui d'abord ne semblaient qu'une aggrégation de faits isolés. On a vu, en étudiant l'organisation des êtres, que certains organes manquent ou existent toujours simultanément, à tel point que la présence de l'un est un indice assez certain de la présence de l'autre. On a reconnu ensuite qu'il est des organes qui exercent une action telle sur le reste de la structure de l'être que, de la disposition d'une seule partie, on peut déduire la forme de plusieurs autres. De là sont nées les classifications d'après les rapports naturels, et de ce moment seul la botanique, la zoologie ont pu prendre rang parmi les sciences.

Il est un troisième ordre des connaissances humaines, qui doit nous occuper plus spécialement; ce sont les sciences médicales, qui, quoique fort voisines des précédentes, avec lesquelles elles se confondent sous quelques rapports, en diffèrent cependant assez sous d'autres, pour faire une catégorie à part. — Examinons jusqu'à quel point elles remplissent les conditions posées.

Si on passe en revue les diverses parties qui constituent la médecine, on trouve en première ligne celle qui nous apprend à connaître la structure de l'homme, les diverses pièces qui composent la machine animale, l'anatomie. Elle est de l'histoire naturelle pure, elle fait partie intégrante de la zoologie.

Vient ensuite celle qui nous montre l'organisme dans son ensemble, les diverses pièces qui le constituent se mouvant harmoniquement et sans frottemens pénibles, la physiologie. Elle est encore une science naturelle: comme l'anatomie dont elle est inséparable, elle fait partie de la zoologie; mais c'est là, c'est en elle et par elle que se fait le point de contact de cette dernière avec la médecine généralement dite.

En effet, si vous supposez un homme qui, après avoir étudié l'anatomie, suit les divers phénomènes vitaux dans leur ordre naturel et physiologique, tels qu'ils se développent dans la santé la plus parfaite, vous ne tardez pas à le voir suivre ces mêmes phénomènes lorsqu'ils éprouvent quelques anomalies, lorsque l'un d'eux ou plusieurs d'entre eux sont troublés dans leur marche ordinaire, c'est-à-dire lorsque la santé n'est plus parfaite.

Il devient alors pathologiste; il passe de l'histoire naturelle de l'homme sain à celle de l'homme malade. La nature de son sujet a changé, mais non celle de ses études; il est toujours naturaliste et rien que naturaliste.

Sa curiosité est piquée par ce nouveau genre de phénomènes, son attention est fixée tout entière, et bientôt il

découvre qu'une simple lésion de fonction est promptement suivie de lésions organiques, que ces lésions vont souvent jusqu'à altérer la nature des tissus, jusqu'à changer la forme des organes. Il retourne ainsi à l'anatomie prise sous le point de vue pathologique.

Ainsi pourvu de toutes les données que peuvent fournir l'anatomie, envisagée sous tous ses rapports, la physiologie et la pathologie, notre naturaliste possède un ensemble de connaissances qui remplissent les conditions que nous avons posées pour mériter le nom de science; il sait que la présence de tel ou tel ensemble de phénomènes pathologiques, lui donnent les moyens de prédire la lésion de tel ou tel organe ou appareil d'organe, et même la nature de la lésion; il peut pronostiquer l'issue probable d'une affection pathologique déterminée. Mais peut-on donner à ce personnage le nom de médecin, *medicus* ou *medicans*, guérisseur, parce qu'il connaît parfaitement l'histoire naturelle de l'homme, tant en santé qu'en maladie? Nous ne le pensons pas. Il lui reste à acquérir un grand ordre de connaissances totalement différentes des premières, celles qui sont relatives aux médicamens.

Long-temps cette partie de l'art a été désignée sous le nom de matière médicale, et les ouvrages qui en ont traité, jusqu'à la fin du siècle dernier, sont des répertoires immenses, de vastes recueils où sont déposées pêle-mêle, l'histoire naturelle des substances, leurs préparations chimiques et pharmaceutiques, leurs propriétés ou vertus médicinales; et, selon que l'auteur était plus médecin que naturaliste, ou plus chimiste que médecin, on trouve dominante la partie dont il s'était le plus spécialement occupé. Ces assemblages informes sont entachés de toutes les imperfections de l'histoire naturelle et de la chimie d'alors, de l'inexactitude et du vague des observations thérapeutiques. Ils ne constituent point une science, dans le sens que nous avons donné à ce mot.

Plus tard, lorsque les Jussieu, les Desfontaines, les Cuvier portèrent le flambeau de l'analyse et de l'observation dans l'histoire naturelle, lorsque les Lavoisier, les Berthollet, les Fourcroy régénérèrent la chimie, la médecine ne resta point étrangère au grand mouvement qui changea la face des sciences et des institutions politiques. Mais un petit nombre d'esprits se dirigea vers la partie qui nous occupe.

Ceux qui s'en occupèrent crurent atteindre le but; les uns en envisageant les êtres d'après *leurs qualités sensibles*, d'autres d'après *leurs propriétés chimiques*, et d'autres encore, d'après *leurs analogies naturelles;* tous, en cherchant de meilleures classifications, que celles faites sur les propriétés déduites *ab usu in morbis*, et en coordonnant leurs livres d'après des rapports qui leur semblaient moins arbitraires et moins hypothétiques; mais à peine arrivèrent-ils à tourner la difficulté, et ils restèrent loin de sa solution (1).

Le docteur Barbier, d'Amiens, l'approcha de plus près que ses confrères; il répudia le mot vague de *matière médicale* et lui substitua celui de *pharmacologie*, déjà proposé par Samuel Dale; il montra que cette vaste partie de l'art du médecin, comprend trois parties bien distinctes: l'histoire naturelle des médicamens, *la matière médicale*, proprement dite; leurs préparations chimiques et mécaniques, *la pharmacie*; et leur application dans les divers cas de maladies, *la thérapeutique;* et, ce qui est le point important, ce que nul en allopathie n'a fait avant lui, il enseigne qu'il est deux choses à étudier dans chaque médicament, la force active et la vertu curative.

La force active, celle en vertu de laquelle il y a mutation organique sensible, changement dans l'état présent du sujet, auquel est appliqué l'agent médical, l'effet primitif.

La vertu curative, le résultat de la réaction de l'organisme l'effet secondaire ou consécutif.

Il ne manqua le but qu'en échappant le véritable point de départ, l'application de l'agent modificateur à l'homme sain pour apprécier sa force active. Il ne le fit point; il indiqua cette force, sans rien tenter pour la faire connaître.

Reprenons maintenant notre personnage où nous l'avons laissé, dans ses études médicales.

Nous l'avons vu anatomiste, physiologiste, puis pathologiste; nous l'avons suivi dans ses recherches d'anatomie pathologique, et nous l'avons reconnu capable de prédire, de pronostiquer; maintenant il va puiser dans la botanique, la zoologie et la minéralogie, l'histoire naturelle de chaque médicament; il va se former à leur préparation chimique et pharmaceutique; enfin il en fera l'application à des malades en vue de les guérir.

Dans la première partie de ce travail il ne change point encore de rôle, il est toujours naturaliste; il voit appliqués aux divers êtres de la nature, les principes qui l'ont conduit à la connaissance de l'homme. Dans la seconde il devient physicien chimiste, parfois pur artisan manipulateur.

Dans la troisième. . . . . c'est ici le point difficile, c'est ici que pour le savant que nous venons de suivre dans ses études, il n'y a plus, en allopathie, qu'une vague analogie, une routine aveugle, un empirisme plus ou moins heureux, selon le tact et l'habileté du praticien, mais un pur et véritable empirisme.

Cette assertion est évidente pour quiconque a jamais ouvert un ouvrage de thérapeutique, pour quiconque a une idée des préceptes que donne cette école pour l'application des médicamens aux maladies; cependant nous allons en citer quelques exemples, pour notre satisfaction personnelle, et pour l'édification de nos lecteurs: ils montreront que de-

---

(1) Le vieillard de Gœthen a suffisamment montré ce que valent les qualités sensibles, les propriétés chimiques et les inductions *ab usu in morbis*, comme moyen d'arriver à connaître l'action des médicamens sur l'économie animale; nous ne nous y arrêterons point, et nous renverrons le lecteur aux prolégomènes de la *Matière médicale pure*, trad. de Jourdan, pag. 16 et suiv.

Les analogies naturelles méritent, sous ce rapport, plus d'attention. Quoiqu'elles ne puissent rien produire de positif, elles peuvent fournir des données générales utiles à connaître avant de passer à l'expérimentation sur l'homme sain. Voyez *Essai sur les propriétés médicales des plantes*, par De Candolle, seconde édition.

puis Galien jusqu'à nous rien n'a changé, pas même la forme du langage.

Cet antique patriarche de la médecine s'exprimait ainsi (sur la jusquiame (1) : « *Hyociamus cui semen atrum est, insaniam ac soporem affert. Huic autem is, cui semen mediocriter flavum est, propinquam facultatem obtinet; verum utrique fugiendi sunt ut inutiles et venenosi seu deleterii.*

Jean Bœcler (2) disait de l'ipecacuanha, il y a un siècle : *Usus ejus est Brasiliensibus, uti Piso in histor. nat. Indiœ refert, adversus plurimos morbos, maxime vero contra dysenteriam; utut tenacissimam à parte affectâ repellit, eamque per superiora ut plurimum expellit, sed et astringendo viscerum tonum restituit. Laudatur quoque in tenesmo, si a materiâ crudâ et plus minusve acidâ e ventriculo ad intestina derivata et hinc revellenda oritur. — maxime quoque convenit hœc radix febribus intermittentibus, etc., etc.*

Treize siècles environ se sont écoulés de Galien à Bœcler. Cependant on trouve dans la partie thérapeutique de leurs ouvrages, mêmes généralités, même vague, mêmes pensées, même esprit, en un mot cette similitude qui caractérise la stagnation la plus complète.

Les auteurs de nos derniers temps sont-ils plus précis, ont-ils fait des progrès notables ? — Examinons.

Barthez, ce savant distingué, ce praticien célèbre, qu'a encore possédé le 19e siècle, écrivait (3) dans une consultation sur un cas de suspension du flux menstruel chez une jeune personne de 16 à 17 ans : « Si l'état de la matrice est simplement spasmodique on travaillera à le détruire en insistant sur l'usage des remèdes antihystériques, donnés surtout vers le temps des retours des règles. Ainsi on appliquera de la thériaque sur la région ombilicale et de l'emplâtre galbanum sur la plante des pieds. On fera prendre à la malade deux ou trois fois par jour, une ou deux cuillerées du julep antihystérique suivant, ou autre analogue :

Prenez eau de mélisse, quatre onces ; eau de rue, deux onces; teinture de castor, deux drachmes; esprit de succin, une drachme; sirop d'armoise composé, six drachmes.

Peut-on rien écrire (4) qui marque davantage la confusion et le vague! qui permette moins d'apprécier l'action des agens thérapeutiques! qui soit plus propre à exposer au doute la confiance qu'avait dans ses propres prescriptions le professeur à qui on écrivait d'un autre hémisphère, en mettant, pour toute désignation de lieu : En Europe.

Un mélange de 70 à 80 substances sur le ventre, du *galbanum* aux pieds, une mixture de 10 à 12 médicamens intérieurement (le sirop composé en contient déjà seul au moins six) ; combien il devait être facile d'apprécier l'action de chacun d'eux !

Un remède, que dis-je, un mélange de remèdes qu'on peut, à volonté, donner *deux ou trois fois par jour, une ou deux cuillerées à la fois :* quelle exactitude, quelle précision !

Un remède qu'on peut à plaisir, selon le caprice du malade ou du médecin, remplacer par *tout autre analogue*, combien grande est l'importance qu'on y attache ! comme il est fait pour inspirer de la confiance et pour montrer celle qu'a le médecin dans son art !

Si nous revenons à la thérapeutique spéciale, nous trouverons encore les généralités et le vague que nous avons observés dans Galien et Bœcler, et de plus nous ne trouvons jamais un médicament administré pur, seul et sans mélange.

Le docteur Mérat (1), en 1818, disait de l'ipecacuanha : — « Ce médicament végétal est extrêmement employé dans plusieurs affections ; il est émétique, on le donne tantôt comme vomitif évacuant (2), tantôt comme vomitif irritant. — Il est quelquefois anti-émétique, il guérit le *choléra-morbus*, soit *miserere :* Schœnheyder l'affirme (3). — Il a une puissante action sur les membranes muqueuses ; il guérit le catarrhe pulmonaire et la dysenterie, etc. »

Le docteur Nysten (4), répète en 1812, après Collin, Rosenstein, Murray et plusieurs autres, ce que Stœrk a écrit sur l'aconit, *aconitum napellus*, il y a soixante ans. Il vante sa propriété de pousser à la peau, d'augmenter la transpiration, de détruire les affections rhumatismales et goutteuses, et il assure l'avoir vu lui-même soulager quelquefois en pareils cas.

Le docteur A. Trousseau (5) n'en fait pas davantage en 1832. Il appuie les auteurs que nous venons de citer, de l'autorité de MM. Chapp et Royer-Collard, et il annonce que des observations récemment faites par les docteurs Fouquier et Récamier les infirment. Il présente l'aconit comme diurétique, selon le docteur Fouquier ; comme propre à guérir la phthisie tuberculeuse, selon MM. Busch et Barel du Tancrel, et comme inutile dans cette affection, selon Portal ; enfin, après une critique des expériences de Stœrk, et quelques réflexions sur les conséquences qu'il en a tirées, il termine ainsi :

» De tout ce que nous venons de dire, il résulte que l'aconit exerce sur l'économie animale une action stupéfiante, en vertu de laquelle il peut calmer les douleurs névralgiques et rhumatismales : cette propriété, toutefois, il la possède à un moindre degré que les substances sédatives dont l'emploi

---

(1) Galen. lib 8. Simpl. med. — Matthiol. Comment. in libr. quart. Dioscoridis.

(2) *Cynosura materiœ, medicœ, edit. secunda.*

(3) Consultations de médecine, publiées par Lordat ; t. I, pag. 134 et 135.

(4) Qu'on ne croie point que mon intention est ici de critiquer l'homme qui honora son siècle et la science, le savant que je révère, et devant lequel je m'humilie ! Je n'attaque que la doctrine, et je la prends chez lui pour ne pas être accusé d'en chercher le côté faible.

Ce que je dis de Barthez comme intention de critique ou d'attaque, s'applique à tous les auteurs que je cite, qu'ils soient morts ou vivans.

(1) Dict. des Sciences méd., vol. XXVI.

(2) Aujourd'hui tu évacueras sans irriter, demain tu irriteras ! Ce commandement *ad metum medici* n'est-il pas caractéristique? Ne montre-t-il pas tout le mérite de ce qu'on dit pompeusement d'une science ?

(3) C'est de l'homœopathie. *Vomitus vomitu curatur.*

(4) Dict. cité, t. I.

(5) Dict. de médecine, t. I, p. 503 et suiv.

est en quelque sorte trivial. Sans doute aussi, il peut provoquer les sueurs en modifiant certaines autres secrétions; mais en cela il n'a rien qui le distingue de la ciguë, de la jusquiame, de la scille, etc., etc. Et s'il est vrai, comme le prétend M. le docteur Guigon, que l'aconit jouit des propriétés de dilater la pupille, au moins conviendra-t-on que les solanées vireuses (1), lui sont, sous ce rapport, infiniment préférables.

Or, quand un médicament est mal connu, quand ses préparations sont presque toujours mal faites ou altérées; quand aucune série d'expériences exactes n'a attribué à l'aconit des propriétés spéciales qui la recommandent aux praticiens; quand au contraire, les expérimentateurs sont tous en dissidence relativement au résultat thérapeutique qu'ils obtiennent; il est du moins prudent de ranger jusqu'à nouvel ordre l'aconit dans la classe des médicamens dont l'usage peut-être dangereux et dont l'administration sera avantageusement suppléée par celle des agens stupéfians dont les effets ont été mieux étudiés et plus habilement appréciés. »

Multiplier les citations pour établir le vague et l'incertitude de l'art de guérir selon l'allopathie, l'état conjectural et d'empirisme auquel est réduit celui qui en fait l'application, serait chose superflue; à l'évidence les preuves sont inutiles. On me permettra cependant quelques réflexions sur l'article que nous venons de rapporter du Dictionnaire de médecine. Ecrit en 1832, il peut être envisagé comme le dernier mot, le *nec plus ultrà* de la doctrine.

L'aconit, y est-il dit : « *est un remède stupéfiant.— Il peut cependant provoquer les sueurs. — Il agit comme la ciguë, la jusquiame, la scille, etc.*

Dire d'un médicament qu'il est stupéfiant et qu'il provoque les sueurs, qu'il est stupéfiant et qu'il agit comme la scille, dont un des effets primitifs est d'augmenter la sécrétion des urines, c'est, en d'autres termes, dire : le même corps peut-être chaud et froid en même temps; acide et alcalin : c'est allier deux idées incompatibles et qui s'excluent mutuellement.

Mais comment chercher de la précision dans une science qui n'en est point encore une, dans un assemblage de faits qui ne sont liés entre eux que par quelques traits de ressemblance? Comment l'exiger quand il n'y a point encore de point de départ fixe, point de repers assurés; quand au lieu de chercher à connaître la force active d'un agent en étudiant les mutations qu'il peut apporter aux fonctions normales de l'organisme, on court après son effet secondaire, effet de réaction ou vertu curative?

Semblables aux navigateurs, avant la découverte de la boussole, les praticiens, selon l'école allopatique, marchent comme ils peuvent (2). Après de longs détours ils arrivent quelquefois, et souvent ils manquent le but. Pour se rendre compte de faits dont ils n'ont jamais observé l'ensemble et suivi l'enchaînement et pour remplir leurs vues et leurs besoins imaginaires, ils font le même médicament stupéfiant et stimulant. C'est fort commode.

En ceci, loin de nous l'idée de blâmer; la bonne foi préside aux actes et aux raisonnemens de la plupart d'entre eux; les siècles ont consacré leurs routines, et une tradition indéfinie soit orale, soit écrite, a érigé leur argumentation en vérité. On peut déplorer leur égarement, les plaindre dans leur aveuglement; mais le blâme serait au moins une injustice.

Malheureusement ces maximes de charité ne sont plus applicables au dernier alinéa que nous avons cité. On ne peut plus y trouver de bonne foi, ou, s'il en est, elle se lie à une ignorance que rien ne saurait justifier, qu'on ne saurait concevoir.

A-t-on pu, en effet, dire avec bonne foi en 1832, que *l'aconit est un médicament mal connu? Qu'aucune série d'expériences exactes ne lui a attribué des propriétés spéciales qui le recommandent aux praticiens,* quand depuis plus de 25 ans il a été soigneusement étudié et suivi par des centaines d'expérimentateurs recommandables sous tous les rapports; quand des ouvrages traduits bientôt dans toutes les langues de l'Europe en font preuve; quand depuis 1805 on possède en langue latine (1) un état déjà considérable de ses nombreux effets sur l'organisme? Que le lecteur veuille bien résoudre la question!

Telle est la thérapeutique allopathique, un assemblage de faits sans liaisons entre eux, souvent même contradictoires, un art conjectural, dans lequel rien ne peut guider le praticien que la routine et le tact de savoir reconnaître dans un état pathologique donné le semblable à tels ou tels autres déjà observés, dans lesquels un modificateur déterminé, a produit un effet curatif. Il n'y a rien en elle qui puisse la faire dire science, aucune donnée positive, aucun connu duquel on puisse *a priori* aller à l'inconnu.

Voyons maintenant ce qu'est l'homœopathie, et suivons-la pas à pas dans sa manière de raisonner et de faire.

Conséquente dans sa marche comme dans sa logique, elle veut que la santé soit le centre auquel tout se rapporte en thérapeutique comme en pathologie; qu'elle soit la donnée nécessaire, le connu duquel on ira à l'inconnu.

Mais pour se former une idée exacte de ce que nous nommons la santé, de cet état que nous avons dit être l'ensemble des fonctions organiques s'exerçant avec accord et harmonie, il faut nécessairement remonter à la force en vertu de laquelle s'exercent ces fonctions : la vie.

L'essence et la nature de cette force seront toujours un mystère; nous ne pourrons jamais la connaître par ses effets, par l'appréciation des phénomènes qu'elle produit, par ses *symptômes*. Une et semblable à elle seule, elle maintient chaque partie dans l'état de sensibilité et d'activité convenable et voulu pour la conservation du tout vivant; elle soustrait ce tout et chacune de ses parties aux lois ordinaires de la physique, pour ne faire régner sur lui que les siennes seules. La pesanteur, l'attraction, la capilarité, la

---

(1) Que peut-on de plus vague! Il y a plusieurs centaines de solanées vireuses, toutes ayant la faculté de dilater la pupille.

(2) Je n'entends parler que de l'application aux maladies des médicamens proprement dits, laissant de côté, pour le moment, toutes les manœuvres et opérations chirurgicales.

(1) Hahnemann. *Fragmenta de viribus médicaminum. Lipsiæ*, 1805.

fermentation, etc., ont perdu leur empire là où il y a vie.

L'état de l'organisme dépendant donc uniquement de celui de la vie par laquelle il existe, il s'ensuit que tout changement à cet état est une véritable modification de la vie elle-même, c'est-à-dire, un changement dynamique, une sorte de nouvelle existence qui amène nécessairement des mutations dans les propriétés des principes matériels constituant le corps.

Ceci posé, il en résulte que la vie étant une pure force, on ne saurait agir sur elle et la modifier que par une autre force (1), et qu'en conséquence tous les agens modificateurs que nous avons nommés médicamens, ne peuvent influer sur elle que par leur virtualité, par une action dynamique.

Par cette action, en troublant la vie, ils modifient l'existence de l'être, et de cette modification naît forcément un changement dans le mode de sentir et d'agir; il y a malaise et douleur, lésion de fonctions, vice dans les sécrétions, etc., en un mot, un ordre de phénomènes nouveaux par lesquels seuls on peut juger et reconnaître qu'il y a une autre vie, une vie modifiée. C'est une vie pathologique, la maladie.

Deux vies, ou, en d'autres termes, deux modes d'être de la force vitale, constituent donc tout l'être vivant; l'une est la vie normale ou physiologique, la santé; l'autre la vie anormale ou pathologique, la maladie. Dans l'un comme dans l'autre cas elle est et sera toujours inconnue dans son essence; elle ne saurait être appréciée que par l'ensemble des phénomènes ou symptômes qui la constituent ou la caractérisent.

Etant démontré ce que nous entendons par santé et par maladie, on sent aisément pourquoi l'homœopathie rapporte tout à ce premier état, vie normale de l'être, véritable type de son existence; pourquoi elle a abandonné et condamné toute recherche sur l'essence et sur la nature des maladies, pourquoi elle s'inquiète peu de leurs causes.

Les maladies ne sont pour l'homœopathie que l'ensemble de phénomènes qui les constituent, elle sait qu'elle ne doit rien chercher, qu'elle ne peut rien trouver de plus. Enlever cet ensemble de phénomènes ou symptômes et les remplacer par ceux qui caractérisent la santé, qui la constituent, c'est ce qu'elle appelle *guérir*. — Voyons comment elle procède à cet acte de haute importance, seul et véritable but de la médecine.

La maladie ou altération de la santé n'étant que le résultat d'une modification dynamique de la vie, il est évident qu'on ne saurait anihiler cette modification et ses effets que par une autre action dynamique, et que tout ce que nous employons comme modificateurs, soit médicamens, ne saurait agir autrement que d'une manière dynamique. Pour guérir comme pour rendre malade, ils agissent par la puissance qu'ils ont de modifier l'état présent de l'organisme, de changer son mode actuel de sentir et d'agir.

La guérison que procure un médicament, comme la maladie qu'il est dans le cas de produire, n'est donc que le résultat de son action sur l'organisme. L'une et l'autre procèdent de la faculté qui est en lui de changer dynamiquement l'état présent de l'organisme. C'est cette faculté qu'il faut reconnaître, c'est la force en vertu de laquelle se font les changemens, qu'il faut apprécier; mais comme cette force ne saurait pas plus être connue dans son essence que la vie qu'elle modifie, et que c'est aussi par les phénomènes qu'elle produit, qu'il faut l'apprécier, c'est sur l'homme sain qu'on doit l'appliquer pour faire cette appréciation. De là, la nécessité d'essayer tous les agens dits médicamens, sur l'homme sain, et de constater l'ensemble des phénomènes qu'ils sont dans le cas de produire.

Etant démontré que la faculté de guérir et de rendre malade, que possède un médicament, ou, en d'autres termes, que sa puissance pathogénétique et sa vertu curative dépendent d'une seule et même force, celle en vertu de laquelle il change l'état présent de l'organisme; et étant connus les phénomènes que produit l'action de ce médicament expérimenté sur l'homme en état de santé, il reste à déterminer dans quel rapport doivent être ces phénomènes avec ceux d'un état pathologique donné, lorsqu'il s'agira de l'administrer en vue de guérir.

Nous sortirions de notre sujet si nous entreprenions de déterminer ce rapport, nous ferions un travail inutile à notre thèse. Il nous suffit de dire qu'il en faut un et qu'on ne saurait jamais choisir qu'entre trois : l'*homœopathique*, rapport, de ressemblance, *l'antipathique*; rapport d'opposition, contraire, et l'*allopathique*, rapport de différence, tout ce qui n'est d'aucun des précédens.

Nous laissons donc à chaque praticien le soin de préférer celui que l'expérience lui montrera le meilleur, mais nous demandons avec instance qu'il fasse son choix, qu'il le fasse avec conscience et qu'il y mette toute l'importance que comporte le sujet : la vie ou la mort des personnes qui se confient à lui. Nous l'adjurons, non pas de devenir homœopathe, mais de chercher à savoir ce qu'il est; de ne plus administrer des médicamens sans connaître leurs effets purs, sans savoir s'ils sont homœopathiques, antipathiques ou allopathiques à la maladie qu'il veut guérir; de ne pas blâmer les homœopathes, sans savoir s'il ne l'est pas souvent lui-même, et s'il ne l'est pas toutes les fois qu'il guérit; car telle est la position de nos adversaires, qu'ils ne savent ni ce qu'ils font, ni ce qu'ils sont.

Pour connaître l'effet pur d'un médicament, pour déterminer le rapport dont nous parlons, enfin pour éviter l'écueil dangereux de ne savoir ce qu'il fait, l'homœopathie impose au praticien une condition de rigueur à laquelle nous l'adjurons encore de se soumettre, c'est de n'employer jamais le médicament que pur, seul et sans mélange, et d'éloigner du sujet tout autre modificateur.

Nous ne reviendrons point sur ce qu'est la médecine considérée comme science naturelle; nous avons établi et montré qu'elle est, parmi toutes celles de cet ordre, une des plus avancée, qu'elle est celle où on a le plus perfectionné l'art de prédire et les moyens d'aller du connu à l'inconnu. Mais lorsque nous l'avons considérée comme art de guérir, nous n'avons plus trouvé que chaos et confusion, nous n'avons vu dans la thérapeutique qu'un fatras indigeste, des indications de vertus générales toujours les mêmes depuis Galien jus

(1) Font exception à ceci les effets topiques des coups, chutes, projectiles ou autres agens désorganisateurs, tels que le feu, les acides forts et l'introduction dans le tube intestinal de corps non susceptibles de digestion.

qu'à nous, des faits mal coordonnés, souvent mal observés, et rien qu'on pût véritablement appeler science.

Il était réservé au génie qui fonda l'homœopathie de porter la lumière dans ce lieu de ténèbres, d'asseoir la thérapeutique sur ses véritables bases, et d'ajouter à l'art de guérir ce qui lui manquait pour être élevée au rang des sciences.

En suivant la doctrine, nous avons vu comment on doit envisager la vie, la santé et la maladie; comment les modificateurs qui font passer l'organisme d'un de ces états à l'autre, le font en vertu d'une force *une*, la faculté d'en modifier dynamiquement la vie; comment cette faculté doit être appréciée par l'expérimentation de l'agent modificateur ou médicament sur l'homme sain, et par l'appréciation des phénomènes ou symptômes qu'elle est dans le cas de produire; enfin, comment, ces phénomènes étant connus, on déterminera le rapport qui doit exister entre eux et la maladie à guérir.

Ce rapport une fois déterminé, le praticien pourra toujours dire : *les médicamens guériront les maux les plus semblables possibles à ceux qu'ils produiront étant donnés à un homme en santé*, ou *les plus contraires possibles*, etc., selon qu'il croira qu'un rapport (1) est meilleur qu'un autre. Il possédera alors véritablement une science logique dans sa marche, et présentant des données propres à aller du connu à l'inconnu. P. D.

Quelques observations sur la psorine; par le docteur CONSTANTIN HERING, Médecin à Philadelphie.

(SECOND ARTICLE. (2))

Ce fut ainsi que je continuai mes expériences sur la psorine. Malheureusement je donnai, dans le début, des doses trop fortes (IIe et IVe) à des lépreux qui n'étaient point débiles, et qui cependant en ressentirent des effets violens. Ce fut là une grande faute, d'autant plus que j'étais bien vite arrivé à ne donner tous les autres remèdes chroniques qu'à la dose de Xe. Il importe de n'employer au début les substances nouvelles qu'à cette atténuation, et de descendre plus tard, si cela devient nécessaire, aux puissances moins élevées; jamais il ne faut suivre la marche inverse, si l'on ne veut risquer de provoquer des symptômes aussi violens qu'inutiles. Dans tous les cas ultérieurs, je n'ai jamais donné que Xe, et je me suis assuré que cette *dose est toujours suffisante*. Dans les cas où elle ne le serait pas, il vaudrait beaucoup mieux répéter la dose que de recourir à des puissances inférieures. Celles-ci, il est vrai, ne sont pas toujours nuisibles, mais elles le sont quelquefois, et d'une manière tout-à-fait inattendue. Je ne vois pas que pour aucun remède, une puissance inférieure ait jamais exercé une action plus salutaire qu'une puissance supérieure. Quand il a paru en être ainsi, c'est que les préparations étaient inefficaces, ou que l'effet salutaire dépendait de la répétition des doses.

J'avais à Surinam de nombreuses occasions d'observer combien est grande la diversité des éruptions cutanées, que nous désignons par le nom général de *psore*, et par quels caractères tranchés elles se distinguent spécifiquement les unes des autres. J'avais vu quelques éruptions tout-à-fait nouvelles se répandre, comme une épidémie, dans des familles entières et même dans toute la population d'une ville, et ne céder qu'à l'emploi d'un seul et unique remède. (Dans un cas ce fut le *causticum*, dans un autre le *natrum muriaticum*.) J'avais pu observer aussi une conformité remarquable de symptômes chez tous. Ceux qui étaient attaqués par ces éruptions, quel que fût le genre particulier de psore, lèpre, yaus, dartres, etc., qui leur fût habituel. De toutes ces observations, je conclus que, dans mes essais sur la psorine, je devais prendre pour règle de ne donner, autant que possible *à chaque malade que de son propre virus*. On peut le distinguer par le nom d'*autopsorine*.

L'importance que j'attache à ce principe m'engage à ajouter ici quelques développemens à l'appui. Quoique le virus psorique d'un individu quelconque, dynamisé comme psorine, doive exercer une action morbifique sur tout autre individu, et bien que les divers virus psoriques, ou psorinoïdes, soient bien plus rapprochés entre eux que la varioline, la syphiline, ou la sycosine, cependant ils se distinguent par des caractères beaucoup trop tranchés pour qu'on puisse les employer indifféremment. Les différences qui les séparent sont bien plus marquées, par exemple, que celles des variétés de races produites chez les animaux et les plantes par l'influence de l'homme. Vouloir les classer méthodiquement serait un travail fort inutile, et Hahnemann a très-bien fait de ne les considérer tous que comme des formes variées d'une seule grande maladie. Les maladies, en effet, ne sont pas des êtres réels, comme les animaux ou les plantes, ce ne sont que les modifications vitales d'un être organisé. Dans la pratique toutefois, il importe de saisir les symptômes de chaque maladie dans ce qu'ils ont de plus individuel et de plus caractéristique. Lors donc que nous donnons la psorine, que peut-il y avoir de mieux que de donner la substance qui se présente comme l'expression, comme le fruit en quelque sorte de la maladie elle-même? Dans tous les cas où cela est possible, il faut chercher à réveiller l'opposition vitale par la force de la substance même qui est le produit de la maladie à guérir, substance qui, d'après l'expression de Stapf, en est le *simillimum*. La psorine est tout à la fois, le germe, le type et l'image de la maladie tout entière d'un homme avec ses dispositions particulières et son idiosyncrasie; on peut dire qu'elle est le microcosme pathologique de l'individu.

Je ne m'arrêterai pas, pour appuyer l'emploi de l'autopsorine, à la circonstance que bien des malades peuvent ressentir de la répugnance à prendre intérieurement du virus psorique étranger, quelque minime qu'en fût la dose; mais ce qui est plus important, c'est que l'on pourrait, dans cer-

---

(1) Que les praticiens veuillent bien essayer les médicamens sur l'homme sain pour arriver à chercher les rapports que nous voulons qu'ils connaissent, et le choix à faire entre eux pour les applications thérapeutiques ne sera pas longtemps douteux.

(2) Voir le numéro précédent, p. 33.

tains cas, imprimer à la maladie une fausse direction, comme cela arrive quelquefois par l'emploi de certains antipsoriques qui, à côté de plusieurs symptômes analogues, diffèrent par leur caractère général de la maladie contre laquelle on les emploie. Il n'est aucun praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer ce fait pour *calcarea*, *acid. nitric.* et *phosphoric.*, *caustic.*, *agaric.*, etc. La psorine des divers individus ne peut-elle pas présenter des différences de cette nature, à côté de grandes analogies? Ce qui n'est pas douteux, ainsi que je l'ai déjà observé, c'est que par l'infection se transmet la prédisposition individuelle à telle ou telle forme de la psore, comme cela a toujours lieu dans la vaccination.

Il serait impossible enfin, sans l'emploi de l'autopsorine, d'arriver à *cette uniformité des observations*, que Hahnemann recommande expressément. L'un prendrait sa psorine d'une éruption qui ne serait guérissable que par le *soufre*, un autre d'une éruption différente qui ne céderait qu'au *causticum*, etc. Chacun de ces virus différerait nécessairement par ses symptômes et par son action médicatrice.

Dans les maladies éruptives épidémiques et contagieuses, il n'est point nécessaire d'avoir recours à l'autopsorine. Ici on peut, en toute sûreté, prendre le virus d'un malade et le donner à tous les autres, soit comme remède, soit comme prophylactique. La même chose aura lieu pour les contagions aiguës; les varioles, les varioloïdes, les varicelles, pourront être traitées en prenant le virus d'un seul individu, de celui qui l'offrira dans la plus grande perfection, et ce virus servira tout à la fois de remède et de prophylactique. On peut attendre avec confiance des résultats analogues pour toutes les maladies contagieuses en général. Le liquide aqueux rendu par les vomissemens dans le choléra, contient évidemment un principe pathogénétique, qui, comme *similimum*, devra être salutaire contre toute l'épidémie; il en sera de même de la matière du vomissement noir pour la fièvre jaune. Dans des formes malignes de la scarlatine, on pourrait essayer comme remède les desquammations produites par la maladie, et, dans le typhus, du sucre de lait appliqué sur la peau d'un malade pendant la période contagieuse. Toutes ces matières pourront concourir au traitement des autres malades, après avoir subi une dynamisation convenable. C'est ici le cas que j'ai supposé ailleurs : le premier malade pourra guérir tous les autres. Mais cela ne saurait avoir lieu ni pour la psore, ni pour la syphilis.

On pourrait objecter à l'emploi de l'autopsorine, qu'il est impraticable toutes les fois que le malade n'offre aucune éruption quelconque. Il est évident que c'est dans ce cas-là qu'il faudra recourir à la psorine étrangère. Il importe toutefois alors de la recueillir de préférence dans la famille du patient, ou sur des individus de constitution analogue, et ayant le même genre de maladie. Pour les enfans, le mieux sera de prendre la psorine du père ou de la mère, et, de préférence, de celui des deux qui leur ressemble le plus. C'est là le seul remède anticonstitutionnel qui existe, et il n'y en a point d'autre. Que l'on se garde bien, au contraire, de donner à des adultes de la psorine provenant d'enfans; cela ne serait excusable que dans le cas d'une ressemblance frappante entre l'enfant et l'un des parens; dans tous les autres cas, cela pourrait être dangereux. De même que la vaccine, prise d'un enfant en apparence très-bien portant, transmet souvent à un autre un germe de maladie qui ne se développe que plus tard chez tous deux simultanément; de même la psorine, recueillie dans les mêmes circonstances, peut receler des principes morbifiques, dont nous ne pouvons prévoir et calculer ni les effets, ni la portée.

Pour pouvoir donner à chaque malade de sa propre psorine, dans tous les cas où le temps ne presse pas trop, je suis actuellement sur la trace d'un remède qui, comme je l'espère, en provoquera toujours un développement suffisant. J'attendrai que le problème soit décidément résolu pour en parler d'une manière plus explicite.

Toutefois, je n'ai rencontré que bien peu de cas, dans une pratique très-étendue, où il ne se trouvât aucune trace de psorine. Ordinairement pendant un traitement antipsorique de quelques mois, on voit paraître çà et là des boutons accompagnés de démangeaison. Les épreuves de médicamens en provoquent aussi la sortie avec une ferme certitude.

Pour me procurer de l'autopsorine, j'ai tiré parti de tout ce qui se présentait en fait d'éruption, boutons isolés ou nombreux, vésicules petites ou grandes, croûtes ou dartres, etc. Il est résulté de là une importante vérité d'expérience : *C'est que la psorine est également efficace sous quelque forme que se présente l'éruption d'où elle est extraite.*

Comme fréquemment je ne pouvais obtenir une quantité de psorine suffisante pour former une goutte ou un grain, et qu'il fallait quelquefois me contenter de la plus minime parcelle, j'ai reconnu qu'il suffit dans tous les cas, de la plus petite quantité de lymphe recueillie sur la pointe d'une aiguille, d'un canif, etc., et déposée aussitôt sur du sucre de lait pour être dynamisée. L'effet en est absolument le même, que si l'on prend d'abord une goutte entière pour la première préparation.

On peut objecter encore que toutes ces préparations, faites pour chaque malade, doivent prendre trop de temps. Il est vrai que cela n'est pas si commode que d'avoir des globules de psorine toutes préparées dans sa pharmacie de poche; mais l'homœopathie, en général, n'est point une pratique commode, et ne doit pas l'être. On peut bien se soumettre à quelque travail de plus pour obtenir les résultats importans que promet désormais l'emploi de l'autopsorine. D'ailleurs les dynamisations peuvent se faire d'une manière fort expéditive.

(L'auteur entre ici dans d'assez grands détails sur la méthode de préparation des substances médicinales en général, et de la psorine en particulier. Il a adopté depuis long-temps la dynamisation au moyen de l'eau pure, et avec un seul flacon, et cela avant de connaître la méthode de Korsakoff, qui est précisément la même. Il a trouvé que la meilleure

manière de conserver, en voyageant par eau, des sucs de plantes, ou des venins animaux, sans leur laisser rien perdre de leur efficacité, c'est d'en mélanger sur-le-champ une goutte avec cent gouttes d'eau pure, dans un petit flacon, de secouer le mélange de cinq à dix fois, puis de verser le tout, de remettre cent gouttes d'eau, et ainsi de suite, en poussant au moins jusqu'à la troisième dynamisation. Il observe qu'après avoir bien secoué le flacon, en le renversant, il reste dans l'intérieur environ une ou deux gouttes de liquide attachées aux parois. Il a poussé en général toutes ses dynamisations jusqu'à la 30me puissance. Il se propose de faire une série d'expériences sur l'influence des secousses dans les préparations, sur des dynamisations commencées avec une goutte de la substance médicinale mêlée à 1000 gouttes, ou même à 10,000 gouttes d'eau, et continuées sur la même échelle. Il pense que de cette manière, on pourra donner, dans les cas les plus aigus et les plus dangereux, les remèdes les plus énergiques, et en particulier la psorine, sans avoir à redouter une trop forte exacerbation, même en répétant les doses à des intervalles très-rapprochés.)

J'ai fait prendre l'autopsorine à un très-grand nombre de malades, très-souvent avec un succès remarquable, et rarement sans en observer une action puissante. La durée de cette action est très-variable. Je l'ai vue fréquemment ne se développer que lentement, après quatre ou cinq jours, et cependant cesser bientôt au bout de deux ou trois semaines. Il faut être très-circonspect dans la répétition des doses; toutefois j'ai dû souvent la répéter au second, au quatrième ou au septième jour. Dans beaucoup de cas, j'ai vu survenir, avec lenteur et sans souffrances, un ensemble de nouveaux symptômes qui intéressaient surtout la peau, et qui fournissaient ordinairement une indication très-claire pour l'emploi d'un antipsorique. Je regarde cette observation comme fort importante, vu la grande difficulté de choisir le remède approprié pour les maladies de la peau en général. Cette difficulté provient en partie du petit nombre de symptômes de ce genre, fournis par les épreuves de médicamens, comparés à la foule de ceux que nous offrent les malades, et en partie de ce que l'action caractéristique des remèdes, sous ce rapport, est encore trop mal connue. La même difficulté se rencontre pour les ulcères, les excroissances, etc., et d'autant mieux qu'alors tous les autres symptômes se taisent. L'emploi de l'autopsorine m'a fréquemment tiré d'embarras dans des cas semblables, moins par son action directe qu'en me faisant trouver le remède convenable.

Lorsqu'on veut réveiller fortement l'activité de la peau, condition si essentielle pour la guérison comme pour la santé en général, on peut d'abord recueillir la plus faible quantité de psorine, quelquefois d'un seul et unique bouton, la dynamiser et la faire prendre. L'action de cette substance, dont on répète au besoin les doses, a pour effet immanquable de faire sortir de la nouvelle psorine en plus grande abondance. On recueille alors celle-ci, on la dynamise à son tour et on la fait prendre; et ainsi de suite, jusqu'à ce que la peau soit en pleine activité. On obtient alors des indications suffisantes pour choisir avec sûreté un remède convenable; mais que l'on se garde bien de faire passer trop vite l'éruption obtenue en la combattant par un antipsorique; on risquerait fort de perdre ainsi tout le bénéfice de ce procédé, et de voir survenir des rechutes qui obligeraient à recommencer le traitement.

Comme antidote, après une dose trop forte l'*arsenic* s'est montré, dans un cas, très-efficace; dans plusieurs autres, le *soufre* donné après la psorine n'a eu qu'une action nulle ou très-lente.

On peut revenir avec beaucoup de succès à la psorine, après d'autres remèdes intermédiaires, et renouveler ainsi plusieurs fois la dose.

Outre les cas déjà cités, la psorine a rendu les services les plus signalés dans des indurations invétérées des intestins, de la rate, du pancréas et de l'estomac. Elle s'est montrée très-salutaire dans des paralysies et des épilepsies chroniques. Elle est indispensable dans le traitement de l'hypocondrie et de l'hystérie, pour lesquelles je n'ai presque jamais réussi sans son secours, tandis que j'ai toujours vu, par son action, survenir une amélioration notable dans l'état de l'abdomen et du moral. Ce qui me paraît l'indication la plus sûre pour l'emploi de la psorine, c'est quand on observe chez le malade une inquiétude exaspérée sur son état, une anxiété causée par de légers dérangemens, une impatience extrême de l'exacerbation homœopatique, en un mot cet état, si pénible pour le médecin, qui accompagne si fréquemment l'inertie ou l'affaiblissement des fonctions cutanées.

Quant à la psorine, qu'il convient de se procurer pour les cas spéciaux qui ne peuvent souffrir aucun délai, il faut la choisir à l'état le plus pur et le plus parfait. Il faut pour cela la recueillir sur un individu robuste et dans l'âge viril, et non sur un enfant, dont on ne peut point connaître les prédispositions maladives. Il faut la prendre de quelqu'un dont on connaisse la famille, et les maladies qui y ont régné, en se souvenant bien que parfois les maladies sautent une génération. C'est ce qui arrive souvent pour la lèpre, que l'on voit se reproduire régulièrement chez les petits enfans. Plusieurs maladies chroniques alternent les unes avec les autres, et cela chez les individus comme dans les familles, par exemple les hémorrhoïdes et la goutte, la folie et la phthisie, etc.

Que l'on choisisse des familles chez lesquelles on n'a observé que des affections chroniques bénignes, point de folies, d'épilepsies, de paralysies, de rachitis, etc. Je nomme affections bénignes, par exemple, des hémorrhoïdes, des inflammations diverses, des scrofules qui ne se manifestent que par quelques indurations glanduleuses et qui disparaissent au moment de la puberté, des rhumatismes, des verrues, etc., des familles où les maladies les plus graves n'ont été causées probablement que par l'abus des médicamens; des familles dont les affections chroniques réclament l'emploi du *causticum*, plutôt que du *phosphore*. Je considère ces deux remèdes comme opposés l'un à l'autre sous plusieurs rapports. Je n'ai eu que peu de malades qui n'aient pris l'un ou l'autre avec succès, mais jamais l'un et l'autre avec la même efficacité, ou même sans inconvénient.

Il importe encore de ne pas prendre la psorine d'un ma-

lade auquel on aurait administré à hautes doses des remèdes métalliques. Après un grand nombre d'années, on retrouve chez de tels individus des traces du métal, et je crois que celle-ci modifie d'une certaine manière la nature de toutes les humeurs. J'ai vu, pendant un traitement antipsorique, du cuivre sortir d'un ulcère, sous la forme d'un pus verdâtre, et j'ai reconnu sa présence par l'analyse chimique; cependant ce malade n'en avait point employé depuis dix années, et, à cette époque, il n'avait fait qu'une application de vitriol sur une blessure. Il faudrait faire quelques essais à ce sujet sur des animaux. Le fer, le cuivre et le zinc. sont les métaux auxquels l'organisme humain s'accoutume le plus aisément.

Que l'on cherche pour recueillir la psorine, une gale bien développée; je crois qu'on peut la reconnaître comme telle aux caractères suivans.

Vésicules de la grosseur d'une lentille, se formant rapidement de vésicules aqueuses plus petites, offrant une couleur jaunâtre, et accompagnées de démangeaison, surtout le soir, pendant toute leur durée, et pas seulement au début. Ces boutons se multiplient pendant la nuit, sont en fleur le matin, et se groupent principalement entre les doigt vers le dos de la main, autour de l'articulation du coude ou l'intérieur des cuisses; mais ils ne doivent point occuper exclusivement certaines portions du corps, comme l'intérieur des articulations ou des membres, ou les parties saillantes, le coude, les genoux, la cheville du pied, ou bien seulement le ventre, le dos ou le derrière. Ils ne doivent point non plus être de nature rongeante, bien qu'ils soient humides pendant quelque temps. Ils sont accompagnées d'un peu de rougeur, d'enflure et de tension, quelquefois aussi d'un peu de douleur le long des vaisseaux lymphatiques, aux glandes de l'aisselle et de l'aine, avec prurit par tout le corps, et surtout au dos. Il importe qu'ils ne soient compliqués d'aucune autre affection, d'aucune ophthalmie, d'aucune maladie des organes génitaux, d'aucune excroissance cutanée, d'aucune dégénérescence organique.

Si l'on parvient jamais à ramener la psorine à l'état de pureté par l'analyse chimique (mes propres observations à cet égard ne me permettent pas encore d'affirmer qu'on puisse en extraire un sel particulier), cette préparation sera la meilleure toutes les fois qu'on ne pourra obtenir de l'autopsorine. Je n'ai pu jusqu'à présent distinguer aucune différence d'action entre la psorine triturée d'abord trois fois avec du sucre de lait, ou dynamisée dès le début au moyen de l'eau ou de l'esprit-de-vin; mais, du moins pour les six premiers degrés, je regarde l'eau comme le meilleur véhicule.

La psorine me semble devoir être appliquée avec succès dans ces fièvres qui se prolongent indéfiniment, où aucune éruption ne veut se montrer comme crise, ou ne paraît que sous la forme d'une miliaire blanche; mais elle acquerra surtout une haute importance dans ces infections dangereuses par la vaccine, dont les symptômes se développent quelquefois immédiatement, et d'autres fois, comme je l'ai observé dans quelques cas, exactement une année après la vaccination. La même remarque a été faite sur le venin des serpens, dont les effets se font sentir chaque année à la même époque. Ici, en Amérique, on voit fréquemment, après un empoisonnement par le *rhus radicans*, les effets se renouveler au printemps, sans cause particulière.

Telles sont les observations incomplètes que je donne ici comme préliminaires d'un ouvrage plus étendu, qui contiendra le détail des symptômes, des maladies et des traitemens. Je suis occupé maintenant à soumettre à un examen analogue les autres virus, tels que la varioline, la varicelline, la vaccine, la syphiline, la sycosine, l'hydrophobine, etc., ainsi que plusieurs venins de serpens. Je communiquerai sans délai aux *Archives*, tout ce qui me semblera propre à l'avancement de la science.

X.

Observation pratique communiquée par le docteur PESCHIER à la société homœopathique lémanienne, le 15 août 1834.

Fièvre intermittente.

Dans son *Essai* élémentaire de *Thérapie des Fièvres intermittentes*, BÖNNINGHAUSEN dit avec raison (page 16) : « Ce n'est pas toujours une tâche facile pour l'homœopathie, que de guérir *chaque* malade, atteint de fièvre intermittente, aussi promptement qu'on le désirerait. »

En effet, le médecin homœopathe ne considère pas une semblable fièvre comme un individu malade, mais comme un symptôme extérieur, sensible et presque visible, d'une affection interne plus ou moins localisée, dont seule la guérison entraîne le rétablissement de la santé du malade; au lieu que le traitement du type périodique fébrile, au moyen du kina ou de la kinine, laisse ordinairement dans son état la maladie dont la fièvre n'est que le symptôme, et produit souvent une sorte de *kinose* (qu'on me passe cette expression abréviative) composée de gastralgie, de diarrhée, ou d'obstructions glandulaires. Les phases pyrétiques ou paroxistiques sont donc, pour l'homœopathe, le phénomène le moins intéressant, le moins important; ce sont les *souffrances accessoires*, les symptômes de la rémission, qui fixent son attention. « C'est justement dans ces *souffrances accessoires*, dit BÖNNINGHAUSEN (1), quelque indifférentes qu'elles puissent paraître, qu'il faut chercher, tout en observant le signe distinctif du paroxisme fébrile, le caractère qui doit déterminer sur le choix du remède curatif. Cela est si vrai, qu'une fièvre intermittente est presque toujours promptement guérie avec la plus petite dose d'un médicament, quand ce remède répond parfaitement à l'ensemble des symptômes morbides (en y comprenant l'état moral du malade) qui se manifestent dans l'apyrexie, quand bien même l'essai qui en a été fait n'aurait offert aucun symptôme de fièvre intermittente semblable. »

En général, des expériences réitérées ont prouvé d'une

(1) Page 18, trad. de Bachmeteff et Rapou.

manière irrévocable qu'on ne peut presque jamais tenir assez de compte des symptômes observés pendant l'apyrexie, et qu'on agit même plus sûrement en leur subordonnant le caractère de la fièvre elle-même, au point que, dans le cas de contradiction, il est plus sûr de laisser complètement de côté les symptômes ébriles, surtout jusqu'à ce qu'on ait découvert un remède qui, dans son usage sur l'homme sain, réponde parfaitement au double aspect de la maladie.»

L'observation suivante, quoique très-courte et peu importante en soi, fournit une preuve frappante de la vérité de ces assertions du savant Bönninghausen, et pourra engager mes honorables collègues à entrer dans une voie tout-à-fait nouvelle pour le traitement de cette classe de maladies.

Les fièvres intermittentes sont devenues, depuis plusieurs années, extrêmement rares à Genève; il est difficile d'assigner une cause certaine et positive à cette cessation. Si, comme le disent Hahnemann et Héring, la cause de la fièvre est psorique, ce n'est certes pas dans la diminution de cette cause qu'on devrait chercher la solution du problème. Le dessèchement de quelques marais d'une petite étendue, et les progrès considérables de l'agriculture, peuvent être, jusqu'à nouvel ordre, considérés comme cause hygiénique salutaire.

C'est donc à toute autre chose qu'à une origine générale, qu'à une modification de l'atmosphère, que doivent être rapportés ces cas sporadiques et clair-semés de fièvre intermittente, dans nos murs.

Deux cas seulement se sont offerts à mon observation depuis long-temps; je ne puis rien dire du premier. La malade ne guérissant point assez vite, a désiré recourir à l'allopathie; je me suis refusé à souscrire à son vœu, et elle s'est adressée à un autre médecin.—J'ai été plus heureux avec le second.

Le 17 juillet, présente année, j'ai été appelé auprès de M. Barral, âgé d'environ 40 ans, homme fort et robuste, d'un caractère bon et gai, lequel avait eu deux violens accès de fièvre quotidienne, avec frisson, chaleur et sueur, durant environ trois à quatre heures, et commençant l'après-midi.—Sa femme et lui ne surent assigner aucune cause certaine ou seulement probable à l'apparition de cette maladie; l'accès n'offrait aucun caractère spécial; l'horror était sans soif, la chaleur avec peu de soif, la sueur était abondante; il n'y avait après cela aucune douleur notable, dans aucune partie du corps, mais seulement une grande faiblesse, avec inappétence; les selles étaient naturelles; les urines très-foncées.

Il y avait là bien peu de symptômes pathognomoniques et individuels; m'attachant donc au type quotidien, type rare, à ce que la fièvre commençait après-midi et était suivie de faiblesse, je donnai *metall. alb.* (*ars.*)

Le 18, nul changement; *ars.*

Le 19, voulant laisser agir le remède, je ne vis pas le malade.

Le 20, je ne remarquai aucune amélioration; la langue s'était un peu couverte, les selles devenaient rares; je donnai *nux.*

Le 21, nul changement; je continuai mes questions sur l'intermission, et n'obtins aucune nouvelle lumière; *chin.*

Le 22, même état; l'accès a seulement commencé demi-heure plus tard; *chin.*

Le 23, nul changement; *chin.*

Le 24, n'observant aucun résultat quelconque, et songeant à l'origine psorique assignée à la fièvre par nos maîtres, quoique le sujet n'en offrît aucune apparence, je donnai *suf.*

Le 25, je ne fus pas plus avancé; même accès, même faiblesse, un peu plus de soif; ce symptôme me porta à donner *caps.*

Le 26, je n'avais pas été plus heureux; l'accès s'était seulement un peu retardé; le malade alors se plaignit d'avoir les nuits très-mauvaises, par des rêves angoissans, et il me sollicita de lui donner une *potion calmante.* Je renouvelai alors mes questions pour savoir si aucune émotion, aucune inquiétude morale, n'avait préalablement agité l'esprit du malade; sa femme me répondit qu'aucun événement nouveau n'était advenu, mais que son mari était depuis long-temps en proie à des inquiétudes, et que depuis l'invasion de sa maladie, son caractère était devenu exigeant.

Je formulai alors une potion avec *cham. gutta* j, pour quatre onces d'eau, à prendre par cuillerée, d'heure en heure, depuis neuf heures du soir jusqu'au sommeil.

Le 27, la nuit avait été calme, le malade était heureux, et redoutait peu l'accès de ce jour. Quoiqu'il m'eût affirmé ne sentir aucune douleur intérieure, que le ventre fût parfaitement souple, et que les mouvemens fussent libres, je palpai profondément l'abdomen et l'épigastre, et fis éprouver au malade une sensation pénible à la région gastro-hépatique, qui le surprit fort, parce qu'il ne se doutait pas d'avoir là un organe atteint. Alors je crus devoir faire l'application des symptômes 156 à 161 de la *camomille*, et des 370 à 377 relatifs aux rêves, et je lui donnai *cham. gutta* j. — La fièvre n'est pas revenue; le changement a été prompt et brusque. Aussitôt trouvés les symptômes indicateurs du remède, je n'ai pas besoin de chercher celui-ci long-temps il s'est offert de lui-même. Immédiatement après l'avoir reçu, le malade a été guéri; la bouche, qui était fort mauvaise, a repris son goût naturel; l'appétit est revenu, et la faculté de manger a été graduelle; l'urine est redevenue naturelle, les selles se sont rétablies; les forces seules ont demandé quelques jours à reparaître; dès que le malade s'est levé, ses pieds ont enflé assez fortement, et n'ont désenflé que plusieurs jours plus tard. J'ai continué l'usage de *cham.* trois jours encore, par prudence et non pas nécessité, aucune apparence d'accès fébrile ou de frisson ne s'étant montrée depuis la première goutte de ce remède.

Je crois avoir besoin de justifier la polypharmacie qu'indique cette observation. Dans toute autre maladie, on doit laisser au remède homœopathique le temps de développer son action, pour que l'effet secondaire et curatif succède à l'effet primitif et excitant. Dans une fièvre intermittente, l'intervalle d'un paroxisme à l'autre est suffisant pour que le médecin apperçoive *l'effet* du remède, si celui-ci a été réellement homœopathique; l'accès suivant doit être modifié, retardé, modéré; et si cette modification a lieu, c'est alors qu'on peut en toute sécurité attendre le développement de l'action pathogénétique et finalement curative. Mais si nul changement ne se manifeste, si le paroxisme suivant est aussi fort, aussi long, si les angoisses subséquentes tourmentent autant le malade, si aucune sécrétion n'est attirée, *certainement* alors le remède n'était pas homœopathique, il en faut chercher un autre. L'instantanéité de la guérison de M. Barral me paraît être une preuve évidente de ce que j'avance; j'espère en pouvoir fournir de nouvelles.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

SEPTEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par le caustique; par CLAUDIUS TARRAL.

Dans ce mémoire je me propose de parler du traitement d'une maladie intéressante, assez commune et souvent très-grave. Presque tous ceux qui l'ont reconnue lui ont assigné un nom, et maintenant l'esprit est confondu par les dénominations nombreuses qui lui ont été données et dont la plupart sont vagues et défectueuses. On l'a nommée tour-à-tour tumeur variqueuse (1), loupe (2), tumeur variqueuse congénitale (3), envie, *nævus maternus*, dépôt sanguin (4), tumeur fongueuse sanguine (5), anévrysme par anastomose, anévrysme des branches anastomotiques (6), *aneurisma per anastomoseos* (7), *aneurisma anastomoticum* (8), *hematoncus* (9), télangiectasie, artériectasie, angiectasie (1), fongus hœmatodes (2), *aneurisma verum cylindroïdeum* (3), tissu érectile accidentel, spongieux, caverneux; tissu splénoïde, et d'autres encore plus impropres.

Beaucoup de confusion résulte d'une nomenclature aussi imparfaite. L'ignorance où l'on est de la nature pathologique de la maladie en est bien souvent la cause. Lorsqu'on ne saisit que les phénomènes variables, et qu'on les donne pour caractères pathognomoniques, la dénomination d'une maladie est nécessairement vague ou erronée : nous en possédons ici un exemple trop évident, et en effet combien d'inexactitude et d'équivoques résultent de cette quantité d'appellations! Comme il est indispensable de s'entendre sur la nature des tumeurs dont il s'agit, avant d'entamer leur traitement (vu surtout la confusion qui existe), nous croyons utile d'en dire quelques mots, afin de prévenir toute ambiguité.

Cette maladie, qui a sans doute été rencontrée de tout temps, paraît avoir peu occupé l'attention des chirurgiens avant le dernier siècle. Jean-Louis Petit, si recommandable par sa sagacité et sa bonne-foi, nous en a laissé une description assez exacte. Voici quelques extraits de son ouvrage qui suffiront pour faire voir qu'il connaissait bien la maladie : « Tumeur variqueuse, formée de vaisseaux dilatés, non douloureuse, molle au toucher. On peut presque la vider par la pression; une ouverture fait couler le sang de toute la surface de la plaie, etc. » (4) Ailleurs il parle d'une hémorrhagie arrivée parce que le chirurgien « avait coupé ces vaisseaux dans l'endroit où ils avaient vingt ou trente

---

(1) Jean-Louis Petit, OEuvres posthumes, T. I, p. 220. Paris, 1774.

(2) Pelletan, Clinique chirurg., T. II, p. 59. Paris, 1810.

(3) Callisen, *Systema chirurg. hodiernæ*, T. II, cap. 296. 1800. — G. B. Monteggia, *Istituzione chirurgiche*, T. I, p. 214. *Nuova ediz. cura Caimi.* Milan, 1829.

(4) Boyer, Traité des Maladies chirurg., T. II, p. 370, 4.e édit. — Roux, Dict. de Méd., art. Tumeur, T. XX. 1828.

(5) John Bell's, *Surgical works*, vol. I, p. 459, in-4.° Edinb., 1801. — John Abernethy's, *Surg. works*, vol. II, p. 225. Lond. 1819.

(6) *Von* Walther, *in Journal fur chirur. und Augenkrankheiten.* B. v, B. 195. Berlin, 1826.

(7) Rust's, *Theoretisch Pract. Handbuch der Chirurgie*, B. II, B. 47. 1830.

(8) Alibert, Nosologie naturelle, etc. T. I. Paris, 1814.

(9) Grœfe et Walther, Journal cité. — Chelius, *Handbuch für der Chirurgie*, B. I, B. 883. 1824.

(1) Roux, Voyage à Londres. Paris, 1815. — Maunoir, Mémoire sur le fongus médullaire et le fongus hœmatodes. Paris, 1820. — J. F. Lobstein, Traité d'anatomie pathologique, T. I, p. 323. Paris, 1829. — Bégin, Dict. de méd. et chirurg.-pratique.

(2) Breschet, dans Mémoires de l'Académie royale de Médecine, T. III, 2.e fascicule, p. 112. Paris, 1833.

(3) Dupuytren, voyez Méd. opératoire de Sabatier, édit. Sanson, T. III, p. 244. Paris, 1824. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, T. IV, p. 1re Paris, 1834. — Breschet, dans Mémoire de Lallemand, avec ses observations et réflexions, etc. In-4°, p. 40. 1827.

(4) *Op. cit.*, T. I.

fois plus de diamètre que dans l'état naturel. Je ferai remarquer ici ce que je n'ai dit qu'en passant ; savoir, que le sang de cette hémorrhagie ne jaillissait point ; mais, comme le sang artériel passait d'un vaisseau étroit dans un infiniment plus large, il perdait toute sa vitesse, et ne faisait, pour ainsi dire, que baver au lieu de jaillir. » (P. 235). La gravité du mal était très-connue à Petit.

Mais c'est à Jean Bell, chirurgien fort distingué d'Edimbourg, et frère du célèbre sir C. Bell, actuellement à Londres, que nous sommes redevables d'une description détaillée, et qui n'a peut-être pas été encore surpassée ; il a aussi orné son grand ouvrage de quelques dessins qui représentent la forme, la couleur et la structure de cette lésion. Je vais traduire quelques passages qui éclairciront en même temps et l'anatomie pathologique de cette affection, et un point de priorité historique qui n'a pas été convenablement décidé. « La tumeur, dit Bell, est formée par un réseau de petites artères *actives*, de veines absorbantes et de cellules intermédiaires. *L'action constante et exagérée* de ces artères remplit les cellules de sang ; de ces cellules il est absorbé par les veines : l'extrémité des veines dilatées constitue peut-être elle-même ces cellules ! Puis, « c'est la communication fréquente et les anastomoses des vaisseaux les uns avec les autres, qui obligent chaque branche anastomotique d'être tributaire de ce groupe *actif* de vaisseaux (1). » « La tumeur est un réseau de vaisseaux actifs, et la substance celluleuse dans laquelle ils sont répandus ressemble à la partie spongieuse du pénis, à la substance de la matrice, de la rate, au placenta, ou à la crête des gallinacés. » « C'est apparemment une structure très-simple qui permet à la matrice, au pénis, à la rate, de remplir leur fonction, et c'est aussi, ajoute l'ingénieux Bell, une très-légère déviation d'organisation qui constitue cette maladie. Tout prouve que cette tumeur est un tissu de petites artères et de veines qui est rempli de sang par impulsion, au moyen de petites artères innombrables, de la même manière que l'organe viril de l'homme, etc. »

Bell ignorait la description de Petit, il s'attribue à tort le mérite d'avoir le premier fait connaître cette maladie ; mais il n'est pas le seul. En 1834, on publia à Paris : « J'ai le premier fait connaître et décrit dans mes cours d'anatomie pathologique, dit M. Dupuytren, un tissu érectile fort remarquable, dont l'existence, dans l'état de maladie, n'avait point encore été constatée, et que j'ai nommé tissu érectile. »

La description de Bell date au moins de 1796, à juger de ses lettres à Freer de Birmingham, rapportées dans son ouvrage. Je ne puis savoir quand le célèbre chirurgien français fit sa première description, c'était probablement au commencement de ce siècle, d'ailleurs je ne sache point qu'il en soit question dans les livres avant 1814, époque à laquelle Chaussier en parle dans le premier. *Dict. des sciences médicales* (Art. *érectile*). Cependant, dans la traduction de Hodgson (2) où cette maladie est traitée d'après Bell, M. Breschet ne réclame point la priorité en faveur de son célèbre collègue ; mais, en parlant d'une tumeur érectile de l'oreille, etc., il nous expose très-bien les idées de M. Dupuytren, « qui considère la tumeur comme étant formée par des artères lésées d'une manière anévrysmatique ; mais il y a de plus, suivant ce grand chirurgien, à leurs rameaux les plus extrêmes, un entrelacement en mille sens divers, intercepant des espaces et figurant des cavités tout-à-fait analogues à la structure des corps caverneux ; il pense que la maladie a sa source dans l'activité de la circulation capillaire. »

Il nous semble d'après cette description que l'histoire ne doit attribuer à M. Dupuytren que le mot *érectile* qu'il applique à cette affection. Le mot érectile, qui est maintenant généralement reçu en France, exprime, en effet, assez bien la nature de cette lésion. Cependant il nous paraît beaucoup moins exact que ne le pensent certains écrivains : ne faut-il point forcer l'analogie pour trouver une grande ressemblance entre le tissu érectile naturel et l'accidentel ? D'ailleurs, a-t-on suffisamment étudié ce dernier pour pouvoir déjà établir la comparaison ? Néanmoins nous emploierons souvent le mot érectile, qui a le grand avantage d'être bref. Un grand nombre d'autres auteurs ont cherché à approfondir la nature intime de ces tumeurs ; parmi eux on peut citer MM. Wardrop, Walther, Lobstein, Cruveilhier, Mackenzie, Breschet, etc. Mais il me semble incontestable que leurs travaux laissent encore beaucoup à désirer.

La marche de cette maladie, quelle que soit sa cause ou son origine, est extrêmement variable : elle reste souvent des années, stationnaire, et souvent aussi elle s'accroît avec une grande rapidité. Dans l'état de nos connaissances nous ne pouvons pas mieux expliquer ces variations que nous rendre compte des prédilections que cette affection montre pour la partie supérieure du corps, etc.

Cette maladie se développe chez les individus de tout âge, mais surtout chez les enfans, chez les individus des deux sexes, de toute constitution et vraisemblablement dans toute partie du corps. John Bell l'admettait partout, sauf dans le tissu osseux, où il ne l'avait jamais rencontrée ; cependant les observations, rapportées par Pierson, Scarpa, MM. Dupuytren et Lallemand, renversent complètement cette opinion.

En commençant ce mémoire, mon intention était de parler seulement du traitement des tumeurs érectiles par les caustiques, mais, voyant la manière dont ce sujet important était traité par les auteurs récens, je me suis décidé à passer en revue les autres méthodes, dans l'espoir de rendre ce travail encore plus utile. Bien que j'aie dû compulser un grand nombre d'ouvrages français et étrangers ; bien que j'aie dû consacrer beaucoup de journées seulement à la recherche des faits épars dans les journaux, bien que mes rapports avec beaucoup de chirurgiens distingués m'aient mis à même d'offrir des faits inédits, je sais néanmoins que bien des choses intéressantes m'ont échappé ; je regrette infiniment que la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris soit encore si pauvre en ouvrages étrangers, car c'est là surtout qu'on peut espérer trouver des faits sur le sujet qui nous occupe : toutefois j'ai presque toujours cité mes autorités, chose indispensable, et qui épargnera, je le désire, le temps

(1) *Op. cit.*, p. 247.

(2) Clinique de l'Hôtel-Dieu, page 1.re — Voyez pareille opinion dans la Méd. opér. de Sabatier, par MM. Sanson et Bégin, T. III, p. 244. 1824.

que j'ai perdu, aux lecteurs qui ont pour principe : « *Melius est ex ipso fonte bibuntur aquæ.* » (Docteur Allan).

Le traitement de cette maladie est presque aussi varié que sa dénomination. Dans la revue que nous ferons des divers moyens qui ont été employés, nous adopterons la division et l'ordre suivans:

1° Compression;
2° Réfrigérans et astringens;
3° Ligature de la tumeur;
4° Diminution de la circulation de la tumeur, produite par la ligature ou la division des vaisseaux qui s'y rendent;
5° Excision de la maladie ou ablation du membre;
6° Application de divers agens qui produisent le même résultat, en excitant l'inflammation, l'oblitération des vaisseaux, etc, etc.
7° Méthode mixte ou traitement qu'il serait difficile de classer.

§. Ier *Compression.* — La compression, très-nuisible suivant Jean Bell, Bateman, Brodie, etc., compte pourtant plusieurs succès. Ainsi Abernethy, qui était grand partisan de la compression aidée de réfrigérans, a guéri quelques malades. MM. Pelletan, Boyer, Roux, Dupuytren, etc., rapportent d'autres faits semblables qui établissent indubitablement l'efficacité de cette méthode (1). Toutefois l'histoire de ces observations intéressantes, que j'ai lues avec attention, démontre la difficulté de son application: la lenteur extrême avec laquelle elle agit (elle exige souvent des années), la douleur, l'irritation considérable qu'elle produit dans certains cas, et d'autres inconvéniens encore rendent son emploi inadmissible. D'ailleurs ce procédé a échoué bien plus souvent qu'il n'a réussi.

M. Roux, qui assurément a raison de montrer de la gratitude envers la compression, puisque par l'application qu'il en fit pendant trois ans, il réussit à effacer une tumeur développée sur le front de sa fille, s'exprime d'une manière trop générale peut-être, puisque Abernethy, (2), Averil, etc., ont guéri des tumeurs érectiles des membres par la compression. La compression, dit le professeur Roux (3), sur la tumeur même, ne peut être exercée avec avantage, et avec quelques probabilités de succès, qu'autant que cette tumeur repose sur des parties solides qui peuvent servir de point d'appui. Il faut aussi que cette compression puisse être exercée à un degré assez considérable sur toute la surface de la tumeur, au-delà même de sa circonférence, et s'il se pouvait jusque sur les branches artérielles qui alimentent cette tumeur. » Du reste, la compression est surtout applicable pour des tumeurs peu volumineuses. Nous montrerons plus tard les grands avantages des caustiques dans ces cas. La compression est à peine préconisée aujourd'hui; les inconvéniens que nous avons seulement indiqués, en sont sans doute la cause.

§. II. *Réfrigérans* (1). — John Abernethy ayant remarqué de la chaleur dans les tumeurs érectiles, se proposa d'en soustraire une partie; et par l'application de compresses de linges imbibées d'eau de rose et d'une solution d'alun, il eût le bonheur de guérir une tumeur érectile de la paupière supérieure et de l'orbite. La science possède peu d'opérations plus heureuses; aussi peut-on, ce me semble, la considérer comme insolite. Ce procédé, à cause de ses revers, ne doit pas nous occuper davantage.

§. III. *Ligature.* — La forme ordinaire de ce genre de tumeurs permet rarement l'application d'une ligature à leur base. Pourtant quelques exemples de tumeurs érectiles pédiculées sont cités par M. A. Petit de Lyon (2), par M. Walther, par M. Maunoir, etc., et elles furent guéries par la ligature de leur col. Les excroissances dont parle Saviard (3), et qu'il détruisit par la ligature de « leur col fort menu », *contre l'avis de tous les médecins*, étaient aussi vraisemblablement des tumeurs analogues. M. A. Petit pratiqua la ligature d'une tumeur érectile pulsative que portait Anne Vachot, en 1791. Les ligatures n'étant point assez serrées, la tumeur se gonfla, devint extrêmement douloureuse, donna lieu à une hémorrhagie, etc. (Voyez *Obs. cliniques*, p. 364. Lyon, 1815). Le succès ainsi obtenu par la ligature suggéra à M. White, de Londres, l'idée ingénieuse d'une méthode opératoire qui suppléerait, dans l'absence d'une forme pédiculée, à la méthode ordinaire de la ligature. — En attribuant cette opération à M. White, je suis peut-être injuste envers J. Bell ou d'autres (4), car on lit dans l'ouvrage de ce dernier la phrase suivante : « Les plus saillantes de ces tumeurs peuvent être détruites par la ligature; celles qui sont plus plates et qui ont une base plus large peuvent être anéanties en passant une aiguille armée d'un double fil au-dessous et au milieu de la tumeur, puis en liant chaque moitié par les deux fils; mais le moyen le plus sûr est l'excision. » (5)

Il est évident que Bell avait au moins connaissance de cette opération, si même il ne l'avait pas pratiquée (6). M. Lawrence, en 1827, donna lecture d'un mémoire sur le traitement des *nævi materni* par la ligature, à la Société Méd.-chirurgicale : il rapporte quatre guérisons par ce procédé. L'opération paraît fort douloureuse : un des malades, un enfant, éprouva des convulsions, accident qui est également arrivé en pareille circonstance, dans la pratique d'Averil de Cheltenham, ainsi que l'assure M. C. Turner. M. Lawrence (7) cependant paraît peu frappé de ces inconvéniens, car dans son cours de chirurgie de 1830, il

(1) Lisez Maunoir, Walther, Brodie, Bateman, Pelletan, J. Bell, Boyer, Lawrence, Monteggia et Dupuytren.
(2) *Abernethy's Surgical Works*, vol. II, p. 220. London; 1819.
(3) Relation d'un voyage à Londres, page 246.

(1) Op. cit., page 222.
(2) Saviard, Obs. chir., p. 515, obs. 114. Paris, 1700.
(3) Voyer Oper. cit.
(4) Suivant Hutchinson, cette opération appartient à Allisen, de Liverpool.
(5) John Bell, Op. cit.
(6) Médico-Chirurg. Transactions. Vol. XIII. 1827.
(7) *Lond. Med Gaz.*, vol. VI. 1830.; voyez aussi son cours, Lancet, p. 570. Lond. 1829.

affirme avoir opéré dans beaucoup de cas sans avoir encore rencontré de danger attaché à la ligature; il ajoute même qu'il l'a employée dans les tumeurs étendues qu'il n'osait point exciser. Toutefois M. Lawrence a depuis abandonné cette méthode ; il en préconise maintenant une autre qui nous occupera plus tard. — M. Brodie, deux ans après M. Lawrence, communiqua à la même Société une observation de tumeur érectile du front, développée à la suite d'un coup, et traitée par la ligature suivant le procédé décrit : l'opération fut très-douloureuse ; on eut recours à la saignée dix fois, etc. Après la chute des ligatures on appliqua de l'acide nitrique sur la plaie, et la malade fut guérie. M. Brodie prétend que son opération était la quatrième que la science possédait ; il se trompe ; M. Lawrence lui seul l'avait déjà faite quatre fois, et d'autres exemples s'en rencontrent ailleurs.

M. Brodie suit encore aujourd'hui cette méthode : il y a peu de jours qu'un de mes amis a vu faire la ligature d'une pareille tumeur. Il enfonça deux épingles employées pour le bec-de-lièvre, à angle droit, dans la tumeur, et serra la ligature sur elles. L'opération causa de très-vives douleurs.

M. C. Turner rapporte que M. Averil fut obligé d'avoir recours aux caustiques après l'application d'une ligature, pour la guérison d'un petit nœvus du nez. —. M. C. Turner, qui paraît avoir été témoin des inconvéniens des ligatures, veut qu'on les abandonne entièrement. J'ai connaissance de plusieurs cas d'insuccès de ligatures, mais je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'en parler davantage : disons seulement que l'opération est très-douloureuse, quelquefois dangereuse, qu'elle produit une plaie et une cicatrice toujours en proportion du volume de la tumeur ; qu'il est difficile d'embrasser la totalité du mal, ce qui rend alors probable la récidive, à moins que l'on ne détruise le mal par une seconde opération ou par d'autres remèdes, comme on le fait le plus souvent. Or, nous voyons de grands avantages à faire usage d'un traitement plus doux et plus sûr. Toutefois la ligature a été déjà employée par beaucoup de chirurgiens anglais, et *souvent avec bonheur*. Si elle est plus douloureuse, elle est moins périlleuse peut-être que le bistouri, et beaucoup moins effrayante pour les malades, etc. Cette opération aurait mérité tout au moins une mention dans les ouvrages de Boyer, dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, et surtout dans la sixième édition du *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper (1).

(1) *London Méd. Gazette*. vol. VII, p. 444. 1831.

(1) On pourrait adresser des reproches à ce savant auteur, qui réimprime si souvent son utile Dictionnaire sans faire connaître les progrès récens de la chirurgie, et surtout parce qu'il renvoie à un autre ouvrage (*Outlines of Surgery*), pour plusieurs articles fort importans qu'il juge convenable d'exclure du Dictionnaire. Certains livres élémentaires méritent des reproches encore plus grands. Il m'a toujours semblé de la plus haute importance de signaler les fautes de ces petits ouvrages qui, par la modicité de leur prix et par leur brièveté attrayante, manquent rarement d'obtenir parmi les jeunes gens des acheteurs confians Cependant les Manuels échappent trop souvent à la critique sévère dont ils seraient passibles. L'auteur d'une publication toute récente de ce genre (*) me faisait espérer, par sa préface, qu'il s'était donné une peine bien louable pour nous exposer l'état de la science, etc. Mais le seul chapitre que j'y ai lu est précisément des plus incomplets ; ce qui prouve, pour cette fois au moins, que notre auteur n'a fait que suivre la route ordinaire des fabricateurs de Manuels. « White dit avoir passé une aiguille à travers une masse érectile volumineuse, et en avoir lié, avec succès, les deux moitiés. Mais ce procédé ne permet pas de s'assurer qu'on ne laisse aucune portion de la tumeur, et expose à l'hémorrhagie et à la dégénérescence du mal. » Voilà tout ce qu'on trouve sur la ligature, mais c'est bien assez, puisqu'il est évident que l'auteur ignorait complétement le résultat de l'expérience, et que ses réflexions lui étaient suggérées par son imagination. — Cet auteur ne paraît pas même avoir d'idées claires sur la nature des *anévrysmes par anastomoses*. « On les confond généralement, dit-il, avec les tumeurs érectiles dont ils sont au moins la complication, ou du moins la terminaison la plus fréquente. » (Page 199). — Il serait d'ailleurs assez difficile de se former, d'après cet auteur, une idée des diverses méthodes employées pour traiter les tumeurs érectiles.

(*) Manuel de Méd. opératoire, par M. Malgaigne. Paris, 1834.

§. IV. *Ligature des vaisseaux*. — Ayant observé le grand rôle que jouaient les artères dans cette maladie et dans quelques cas où son étendue, ainsi que son siége, n'en permettaient point l'éradication, les chirurgiens furent portés à lier les artères nourricières que l'œil et le doigt distinguaient très-facilement. Ainsi l'idée qui dicta cette opération était la diminution de la circulation à travers la tumeur, ou bien l'oblitération des vaisseaux par la coagulation du sang. On lit dans l'ouvrage de J. Bell, qu'un chirurgien, consulté pour une tumeur située sur la paupière supérieure, aperçut les artères temporale et orbito-frontale très-volumineuses (il croyait à la vérité que la tumeur était un petit anévrysme). Il lia d'abord un des vaisseaux : la tumeur présentant toujours des battemens, il fit alors la ligature de l'autre : cependant la tumeur resta stationnaire; le chirurgien y fit une ouverture, beaucoup de sang en sortit que la compression arrêta ; enfin J. Bell enleva cette tumeur et guérit le malade.

La ligature des vaisseaux, rejetée entièrement par J. Bell, a depuis souvent été employée et suivie de succès variables. M. Hervez de Chegoin, dans son mémoire, a fait un relevé des opérations de ligatures d'artères, de manière à mériter les éloges de M. Bégin, qui l'a beaucoup copié ; mais la vérité m'oblige à remarquer que M. Hervez a cité un trop petit nombre de faits ; de plus il les cite souvent à faux, et nécessairement alors ses conclusions sont inexactes. Ainsi pour avoir l'état de la science, il faut bien se garder de puiser dans cette source. Du reste, ce que je viens d'annoncer, je vais le prouver en quelques mots.

D'abord pour le nombre, M. Hervez ne parle que des opérations suivantes : celles de MM. Williams, Travers, Dalrymph (c'est-à-dire Dalrymple), Lallemand, une seule de M. Wardrop, de Pelletan, du docteur Mussey de Damsouth, (c'est-à-dire Darthmouth), de Brendt, de Lawrence, de M. Dupuytren, et deux opérations de M. Roux.

M. Hervez dit que « M. Roux tout récemment, et encore

pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite, mais qui s'étendait un peu sur la tempe, a lié aussi l'artère carotide primitive, et la maladie a été réduite à la partie qu'occupait la fosse temporale. » (*Op. cit.*, p. 119).

M. Roux vient de me dire qu'il ne sait point quel a été le résultat définitif de cette opération; la tumeur avait certainement diminué dans l'orbite, mais elle n'avait point disparu. M. Roux perdit de vue ce malade peu de temps après l'opération. Ainsi il faut considérer le cas comme incertain.

M. Hervez de Chegoin tombe dans une erreur grave quand il nous assure que « le même chirurgien (M. Roux) a fait disparaître une tumeur fongueuse sanguine de la joue et de la lèvre supérieure, en liant les artères labiales et sous-orbitaires. » (Page 119). — Or, voici les détails que je tiens de l'opérateur lui-même : Pour une tumeur érectile de la joue et des lèvres, M. Roux lia les artères labiale, faciale externe et transversaire de la face; puis, avec un instrument bien combiné, M. Roux comprima la surface externe et interne de la joue en faisant porter la compression surtout à la circonférence de la tumeur : ce moyen mécanique produisit de l'inflammation qui fit suppurer çà et là la tumeur; et soit par la ligature des artères, soit par l'inflammation, la tumeur diminua considérablement et permit alors son excision, qui fut suivie de succès. — M. Hervez raconte aussi que M. Roux a lié l'artère brachiale pour la guérison d'une tumeur érectile du poignet droit, développée dans le radius : il promit de donner le résultat de cette opération, et je l'apprends de M. Roux, elle fut suivie d'une heureuse terminaison.

M. Hervez nous assure que M. Mussey n'a pu flétrir une tumeur fongueuse de la fosse temporale par la ligature des troncs carotidiens. Si M. Hervez a bien compris son autorité (M. Williaume, de Metz), c'est peut-être ce dernier chirurgien qu'il faudrait accuser de négligence; le docteur Mussey, de Dartmouth, lia les deux carotides primitives pour une tumeur du sommet de la tête; et non de la tempe. C'est parce que M. Hervez parle beaucoup de la difficulté de guérir les tumeurs de la région temporale, que je corrige cette erreur. — Suivant M. Hervez, il y aurait égalité de succès et de revers dans cette opération.

Voilà pour la ligature des artères. Et sur d'autres points, M. Hervez s'expose à la critique. Ainsi cet estimable praticien nous dit à la page 122 : « Non-seulement l'incision, mais l'extirpation même des tumeurs fongueuses sanguines des membres a toujours été inutile. La maladie a repullulé aussi souvent que la partie affectée a été enlevée. » Cette opinion (que l'histoire des opérations réfute) est contredite par l'auteur lui-même à la page 125, où il ajoute foi à une observation de M. Maunoir. « Le même chirurgien (Maunoir) rapporte l'observation d'un *nævus maternus* placé sur le coude d'une jeune personne, faisant saillie de huit à dix lignes, occupant la partie inférieure du bras et la partie supérieure de l'avant-bras, et qu'il enleva avec succès, car après sept ans la maladie n'avait pas reparu. » L'application du cautère actuel n'appartient point à M. Maunoir, mais bien à Morin, etc.

Telles sont les erreurs les plus palpables du mémoire de M. Hervez de Chégoin, erreurs qui commencent à circuler dans la science.

M. Velpeau me paraît avoir aussi traité inexactement ce sujet; il cite mal les faits, et puisque son opinion a de l'importance, je ferai quelques observations sur l'endroit de son livre où il parle des tumeurs érectiles. « Comparant, dit M. Velpeau, les tumeurs érectiles aux anévrysmes, il était naturel de chercher à les guérir par la ligature des artères qui s'y rendent. Pelletan a le premier tenté cette méthode pour une tumeur variqueuse qui occupait la partie latérale et un peu postérieure du crâne, mais il ne put découvrir l'artère occipitale, et son opération resta par conséquent incomplète... J'ai dit plus haut (voyez *ligatures des carotides*), que MM. Travers, Dalrymple, Arendt avaient guéri chacun une tumeur érectile de l'œil (mieux de l'orbite), en liant la carotide du même côté, et que M. Pattisson n'avait pas été moins heureux chez un jeune homme affecté d'une maladie semblable située derrière la joue. M. Roux en a retiré aussi quelque avantage chez un sujet auquel il a lié l'une des artères faciales pour un fongus des lèvres. D'autres praticiens ont échoué cependant en se comportant de la même manière. Une tumeur de ce genre qui avait envahi le pouce ne fut point arrêtée dans sa marche par la ligature des deux artères de l'avant-bras que pratiqua Hodgson. C'est en vain aussi que M. Dupuytren a lié la carotide pour une masse érectile de la conque de l'oreille droite, chez un homme adulte. Pendant quelques jours on put espérer un succès complet, mais bientôt la tumeur revint à son état primitif. On aurait donc tort de regarder ce moyen comme immanquable. » (1).

C'est ainsi que cet écrivain s'exprime sur cet important sujet! — Nous voyons dans ce passage plusieurs choses à relever, et d'abord Pelletan n'est pas le premier qui ait pratiqué la ligature des artères : John Bell cite de pareilles opérations; Pelletan a lié l'artère occipitale, mais il ne put entourer la temporale, etc.

Je ne saurais deviner où M. Velpeau a puisé sa description; j'ose affirmer que ce n'est pas aux sources. On ne peut pas attribuer « la guérison de la tumeur érectile de l'œil » (c'est-à-dire de la paupière supérieure), à la ligature de la carotide primitive, que pratiqua M. Arendt, puisque ce chirurgien fut obligé, pour arrêter l'hémorrhagie, d'y faire des incisions, et d'appliquer douze ligatures, etc. Toutefois je présume que M. Velpeau parle du même fait; car j'ai vainement cherché dans les journaux allemands d'autres observations de ce genre propres au médecin russe; du reste, voilà encore l'inconvénient de ne pas citer les autorités. Le fait qui appartient à M. Roux est très-inexactement reproduit. La tumeur traitée par M. Lawrence siégeait au doigt annulaire et non au pouce. Enfin la conclusion de cet exposé : l'on aurait tort de considérer cette opération comme *immanquable*, est très-vague et peu digne de ce savant et estimable auteur.

Je vais maintenant rappeler brièvement les observations de ligatures de vaisseaux pour la guérison des tumeurs érectiles; ce sera le véritable moyen de faire apprécier la valeur de cette méthode.

---

(1) Médecine opératoire, articles *Nævus*, Tumeurs érectiles, etc.

Pelletan (*Op. cit.*), pour une tumeur érectile de la tête, de la joue et de l'oreille, que portait la fille Micard, essaya de faire la ligature de l'artère temporale à son origine : on ne peut le louer de son habileté, car il avoue lui-même qu'il ne put y parvenir ; il traversa seulement l'artère par l'aiguille ; il lia ensuite une partie du vaisseau ; alors il attaqua, mais d'une manière très-grossière et peu chirurgicale, l'artère occipitale également dilatée ; il lia toutefois ce vaisseau. Ce malade éprouva plusieurs hémorrhagies, les unes résultant des ligatures, et les autres causées par la rupture de la tumeur elle-même ; la mort arriva le 14e jour de l'opération ; et, suivant MM. Dupuytren et Breschet, elle eut pour cause une angéite. On trouva du pus dans les vaisseaux.

Nous avons déjà vu que ce fait a été très-mal rapporté : comme l'opération fut pratiquée fort grossièrement, il convient, ce me semble, d'en tenir peu de compte. Au reste, il y aurait peu à espérer de la ligature d'une branche de l'artère temporale, car il n'est nullement certain que le tronc ait été lié. On doit dans ces cas entourer la carotide d'une ligature, comme nous le dirons plus tard.

Nous devons à M. Travers (1) la première opération de la ligature d'une artère volumineuse éloignée de la maladie. En effet, M. Travers lia en 1809 l'artère carotide primitive chez François Stoeffel, âgé de 34 ans, et affecté d'une tumeur érectile de l'orbite. Un succès complet récompensa la savante habileté du jeune chirurgien.

Trois années plus tard (2), M. Dalrymple, de Norwich, suivit l'exemple de M. Travers pour une tumeur à-peu-près analogue de l'orbite, chez une femme de 44 ans ; l'opération fut également couronnée d'une heureuse terminaison (3).

M. Wardrop (4) a deux fois pratiqué la ligature des carotides primitives pour des tumeurs érectiles de la face. Son premier malade, un enfant de six semaines, succomba épuisé par des hémorrhagies et la suppuration, le 14e jour de l'opération. — M. Wardrop assure que la tumeur avait déjà beaucoup diminué. L'autre enfant, âgé de cinq mois, opéré de la même manière et pour une maladie semblable, guérit parfaitement, car dix mois après rien ne restait de cette tumeur érectile pulsative.

Pour une tumeur érectile de l'oreille, de la tempe, etc., M. Dupuytren (5) lia la carotide primitive du même côté ; on avait déjà lié, inutilement ici, les artères temporale, occipitale et auriculaire. On crut, pendant quelques jours, que la marche de la tumeur était arrêtée ; mais quelque temps suffit pour détruire cette espérance, le mal augmenta et enfin entraîna le malade. Pour un cas presque analogue, dont le sujet était un homme de 22 ans, M. Wardrop lia l'artère carotide primitive : la tumeur diminua considérablement, mais le malade mourut quelques mois après par suite d'abcès. Encore ici on avait tenté la ligature des artères temporale, frontale, etc. ; mais, sans rien y gagner (1). M. von Walther appliqua une ligature sur la carotide externe gauche d'un jeune homme de Francfort, pour la guérison d'une tumeur érectile de la tempe ; la maladie diminua après l'opération, mais bientôt elle reprit sa marche. Walther, s'apercevant que les artères occipitales droites grossissaient, proposa d'entourer la carotide droite, mais le malade s'y refusa. Dans la nouvelle édition de l'excellent ouvrage de l'anatomie du col, d'Allan Burns, le professeur Pattisson rapporte (2) qu'il guérit une tumeur érectile volumineuse de la face, par la ligature de la carotide primitive. Le docteur Davidge de Baltimore a lié aussi la carotide primitive pour une tumeur de la joue, qui suppura après cette opération ; mais le malade mourut de trismus six semaines après, et ainsi on ne peut dire quel en aurait été le résultat (3).

M. S. Cooper (4) assure que M. Maunoir de Genève oblitéra l'artère carotide pour la guérison d'une tumeur érectile, mais infructueusement. Dans le même ouvrage on apprend que le docteur Caclachlan lia la carotide pour une tumeur érectile du cuir-chevelu ; mais le malade succomba. On trouva les vaisseaux très-dilatés, et formant des vraies varices.

Le Dr M'Clellelan (5) appliqua une ligature sur l'artère carotide droite, pour la guérison d'un énorme anévrysme par anastomose, qui occupait presque tout le côté droit de la face d'un enfant de huit mois. Bientôt après l'opération, la tumeur diminua et changea de couleur, etc. Cette observation est malheureusement incomplète, puisque je ne trouve point que les journaux anglais en aient donné la fin. C'est un bien grand tort des journaux d'attirer l'attention des médecins sur des opérations dont on ignore le résultat. C'est aussi un moyen peu digne qu'emploient certains chirurgiens, qui ont bien plus à cœur leur intérêt propre que celui de la science. Aussitôt qu'ils déposent le bistouri ils courent vite à la plume, donnent la description d'une grande opération, etc., promettent toujours de compléter l'histoire ; mais si le succès ne l'a pas couronnée, comme il arrive trop souvent, c'est leur silence seul qui nous l'apprend. Le système règne aussi dans quelques sociétés savantes : tout le monde s'en aperçoit, mais personne ne s'en plaint.

M. Pattisson nous apprend aussi que le docteur Hall guérit une tumeur développée dans l'antre d'Hygmore, par la ligature de l'artère carotide primitive (6).

M. Arendt (7) a publié un cas fort intéressant (qui, nous l'avons déjà remarqué, a été très-mal rapporté) de tumeur

---

(1) *Medico-chirur. Transact.*, vol. II, p. 1.re *London*, 1809.

(2) *Med.-chirurg. Trans.*, vol. VI, p. 3. *London.*

(3) Je ne sache point que M. Dalrymple ait publié l'observation de la seconde opération de la ligature de la carotide commune, qu'il paraît avoir tentée envain pour la guérison d'une tumeur érectile, ainsi que M. Breschet l'a appris de M. Hodgson. (Voyez *Malad. des artères*, *Op. cit.*, II, p. 82).

(4) Voyez *Lancet*, cit. 1827.

(5) Breschet, *Maladies des artères*, etc., p. 300. 1819.

(1) *In Seimen Journal* cit. B. 243. B. v.

(2) *Surgical anatomy of the head and neck*, p. 484. 1824.

(3) *Ib. Ib.*

(4) *Surgical Dict.* ; 1830, art. *Aneur. per anast.*, p. 185.

(5) *Lancet London*, 1827, p. 714. Extr. du *Journ. de Philadelphie.*

(6) *Burn's Anatomy*, cit.

(7) *Lancet*, p. 618. *London*, 1829.

érectile à la paupière supérieure chez un soldat. Le malade ayant reçu un coup sur la tumeur, celle-ci augmenta tellement et si subitement de volume, que ce chirurgien se vit obligé de pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive pour empêcher l'hémorrhagie que faisait craindre la rupture imminente des tégumens, accident qui arriva pendant l'opération, et qui, malgré la ligature du tronc vasculaire, donna lieu à une perte considérable de sang. Le lendemain, M. Arendt fit une incision cruciale dans la tumeur, appliqua douze ligatures et pansa la plaie avec de la charpie, de l'alun, etc. Plusieurs hémorrhagies eurent encore lieu; mais, au bout de quatre mois, le malade fut complétement guéri.

Delpech lia l'artère carotide pour une tumeur formée par l'hypertrophie des vaisseaux des fosses nasales. La tumeur diminua d'un tiers et fut arrêtée dans ses progrès; mais tous les vaisseaux dilatés ont conservé leur perméabilité, le sang ne n'est coagulé dans aucun. On voit cependant que, dans ce cas, la ligature n'a pas été inutile. » *Voy*. Hervez de Chegoin p. 147, *Op. cit.*

Le docteur Mussey, professeur au collège de Dartmouth a pratiqué successivement, et à la distance de douze jours, la ligature des deux carotides primitives pour la cure d'une tumeur située au sommet de la tête. Ces opérations réduisirent la maladie à un tiers de son volume; mais le mal commençait encore à s'étendre; alors M. Mussey entreprit l'excision; mais nous parlerons plus loin de cette opération hardie (1).

M. Willaume de Metz a également échoué dans la ligature de la carotide primitive pour une tumeur érectile à la tempe (2). J'ai vu ce malade dans le service de M. Larrey, et à l'Hôtel-Dieu, où il fut envoyé par ce célèbre chirurgien pour avoir l'opinion de M. Dupuytren sur la nature de la lésion. Le diagnostic était difficile; cependant j'ai toujours cru, avec le professeur de l'Hôtel-Dieu, qu'il s'agissait d'une tumeur érectile, opinion partagée par M. Williaume.

Je viens d'apprendre que M. King de Bristol a lié les artères temporales pour une tumeur érectile de la paupière supérieure, mais sans succès.

M. Syme d'Edimbourg (3) a lié infructueusement l'artère auriculaire postérieure dilatée, pour la guérison d'une petite tumeur érectile, pulsative, située derrière l'oreille. Ce chirurgien distingué eut recours, et avec succès, à l'excision. M. Brodie (4) cite aussi un cas qui montre l'inefficacité de la ligature des branches artérielles voisines de la tumeur. M. Hodgson ne put guérir non plus une tumeur érectile du doigt annulaire, en liant les deux artères radiale et cubitale. M. Lawrence, dans ce cas, fit l'incision circulaire des tégumens, etc.

M. Dupuytren, dans l'année 1819, lia l'artère crurale, pour une tumeur érectile développée dans l'extrémité inférieure du fémur. (5) L'effet de cette opération fit espérer la guérison de la maladie; mais, sept ans après, le patient revint au célèbre chirurgien pour se faire couper la cuisse, opération que j'ai vu pratiquer, et suivie, si je ne me trompe, de succès.

M. Chelius, (1) dans son *Manuel de Chirurgie*, raconte qu'il vit pratiquer inutilement la ligature de l'artère crurale, pour la cure d'une tumeur érectile du genou; on eut après recours à l'amputation du membre.

Dans l'année 1826, M. le professeur Lallemand (2) eut le bonheur de voir la ligature de l'artère fémorale couronnée de succès, pour une tumeur érectile située à la partie supérieure du tibia. Cette observation, si intéressante, a fourni l'occasion à M. Breschet d'ajouter quelques observations aux réflexions du savant professeur de l'école de Montpellier. M. Breschet insiste sur la priorité de l'opération de M. Dupuytren (3), « que nous devons regarder comme ayant le premier reconnu la nature du mal et comme ayant aussi le premier conseillé, par son exemple, l'emploi du meilleur moyen curatif. » Je crois aussi que M. Dupuytren a le mérite d'avoir le premier employé la ligature d'une artère pour une tumeur érectile développée dans le parenchyme osseux; mais je ne chercherai point, assurément, à relever des exagérations et même des contradictions palpables renfermées dans les intéressantes observations de M. Breschet; je dirai seulement que Scarpa (4) et Pierson avaient indubitablement déjà décrit cette maladie dans les os. Honoré de l'amitié, et connaissant l'intégrité de M. Lallemand, je suis bien convaincu qu'il n'avait point présent à la mémoire le cas de M. Dupuytren, (qui ne se trouve point dans la nouvelle édition de Sabatier, édit. Sanson;) car sa bonne foi le distingue autant que l'éminence de son talent. M. Roux, comme nous l'avons remarqué, a guéri également une tumeur érectile du radius, par la ligature de l'artère brachiale. Ainsi donc M. Dupuytren a démontré l'analogie qui existe entre les tumeurs des parties molles et celles du tissu osseux, et leur a appliqué le même traitement. La science possède encore peu d'observations de ce genre; les chirurgiens ne doivent point laisser échapper les occasions de l'enrichir.

Ainsi donc, si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous verrons combien il est difficile d'expliquer le succès variable de la ligature des artères, tant nos connaissances anatomiques de la maladie sont imparfaites. Cependant, l'expérience nous permet de conclure qu'on peut regarder comme inutile l'oblitération d'une ou deux branches artérielles voisines de la tumeur, car les anastomoses des vaisseaux rétablissent promptement la circulation ordinaire, etc. C'est pour cette raison que quelques chirurgiens ont songé à diviser la circon-

(1) London Medical Gaz. T. VI, p. 75. 1830.
(2) Mémoire de M. Hervez, cit.
(3) London Lanect, p. 596. 1829.
(4) Voyez Journ. med. chir., cit.
(5) Breschet, *trad. de Hodgson*, cit.

(1) *Handbuch der Chirurgie*, B. I, B. 884. Heidelberg, 1826.
(2) Lallemand et Breschet, Obs. et réflex. sur une tumeur anévrysmale; in-4°, P. 20. Paris, 1827.
(3) Oper. cit. p. 26.
(4) *Singolar caso d'aneurisma*, page 103 dans son grand ouvrage *Sull' aneurisma*, etc. avec une planche. *Pavie*, 1804. — Voyez aussi Scarpa, *Sull' aneurisma detto per anastomosi*; et *Annali universali di Medicina, del* Dr. Omodei, 54 vol. P. 50. *Milan*, 1830.

férence de la tumeur, afin de couper un grand nombre de vaisseaux et ainsi d'empêcher la circulation. En agissant sur les gros troncs artériels, nous avons vu plusieurs fois la guérison en résulter; mais nous ne voulons pas hasarder des opinions sur la cause des succès dans un cas, et de non-réussite dans un autre; nous craindrions d'égarer plutôt que d'éclairer nos lecteurs : mieux vaut attendre de nouvelles bases sur lesquelles puissent se fonder nos opinions. Pourtant M. Hervez de Chegoin a été frappé du succès de la ligature de la carotide, pour les tumeurs de l'orbite, et de l'insuccès de cette même opération pour les tumeurs de la tempe. » A » quoi tient cette différence? Dira-t-on que, malgré les » communications larges et nombreuses de l'artère ophthal- » mique à la partie postérieure avec les artères du cerveau, » ses anastomoses extérieures se font par des extrémités » extrêmement fines, et que c'est surtout par ces anasto- » moses que la maladie est entretenue? Je n'ose rien déci- » der. Je m'arrête seulement au fait, parce qu'il est exact » et important. M. Roux, à qui je communiquais cette re- » marque, m'a dit qu'elle l'avait frappé également, et l'ex- » plication que je viens d'en donner lui appartient. »

M. Pattison pense qu'il est aussi aisé de guérir une tumeur érectile de la face par la ligature de la carotide que d'obtenir la cure d'un anévrysme par la méthode de Hunter ou plutôt d'Anel. Sans prétendre soutenir cette opinion que l'histoire repousse, les succès de ces opérations tendent à rendre l'explication, entrevue par M. Roux, de plus en plus incertaine.

Il nous semble vraisemblable aussi que les tumeurs aux tempes et au crâne doivent résister souvent à la ligature d'une seule artère carotide, à cause de la facilité de communication de ces vaisseaux des deux côtés; ce fut pour remédier à ce fait que le professeur Walther proposa l'oblitération des deux troncs carotidiens, et la même raison engagea M. Mussey à pratiquer cette opération.

Toutefois, si la ligature ne réussit pas constamment, on ne peut l'accuser d'avoir exaspéré le mal; elle a été, au contraire, ordinairement suivie d'une légère amélioration.

Ainsi, le chirurgien employera cette opération : 1° dans l'espoir de guérir complètement la maladie; 2° dans l'espérance de prolonger la vie du malade en arrêtant la marche de sa maladie, ou en éloignant les dangers des hémorrhagies existantes ou imminentes, etc. 3° Comme opération préliminaire qui rendra l'exécution d'autres méthodes possibles. Voilà ce que la pratique me paraît établir, voilà la route que l'on peut suivre aujourd'hui dans certains cas graves.

§. V. *Excision.* — Depuis Jean L. Petit et John Bell, qui considéraient l'excision comme la seule opération convenable pour cette maladie, elle a toujours eu un grand nombre de partisans; aujourd'hui même les chirurgiens en général la préfèrent, ainsi qu'on peut s'en assurer en jetant un coup-d'œil sur les principaux ouvrages qui se trouvent indiqués au bas de la page (1).

La plupart des auteurs que je viens de citer, et dont je pourrais facilement grossir la liste, sont presque exclusivement partisans de l'excision. L'expérience de Petit, de Bell, de Wardrop, de Roux, de Walther, de Dupuytren, etc., a démontré le danger d'enlever une partie seulement de la maladie, car on s'expose à de graves hémorrhagies, ou bien à la voir récidiver. Il est donc bien important d'exciser la totalité du mal ou de ne point employer le bistouri. Or, qui ne voit l'impossibilité d'agir souvent ainsi; qui ne voit la perte de substance qui s'en suivrait nécessairement, et qui ne prévoit aussi la difficulté qu'il y aurait quelquefois à déterminer d'avance les limites du mal? M. Walther nous apprend qu'il fut dans la triste alternative de laisser près d'un tiers d'une grosse tumeur érectile de la joue; la maladie récidiva et marcha rapidement.

C'est pour cette raison que souvent les malades ont été abandonnés à leur malheureux sort. Les tumeurs érectiles se rencontrent aussi le plus ordinairement chez les jeunes sujets et dans des parties où il est du devoir du chirurgien d'éviter des cicatrices, etc. Ainsi les paupières, les lèvres, le nez, la face et le col en général, sont le plus souvent affectés. Or, quand les tumeurs sont un peu volumineuses, une grande plaie ou l'excision d'une partie de ces organes même devient indispensable; alors aussi une difformité plus ou moins désagréable en résulterait. Bien que l'excision ait été préconisée depuis long-temps, bien qu'elle ait même réussi dans la grande majorité des cas, il n'est pas moins vrai qu'elle a donné lieu à des accidens d'autant plus tristes qu'ils sont plus rapides. M. Wardrop a eu la franchise de publier l'observation d'une opération de ce genre, pendant laquelle son jeune malade succomba d'hémorrhagie. M. Roux perdit il y a deux ans, à l'hôpital de la Charité, un enfant de quatre mois, avec des circonstances semblables : cet habile chirurgien, qui reconnaît le danger de ces opérations, en avait déjà exposé aux parens tous les risques. A-peu-près vers la même époque M. Roux craignit de voir mourir dans ses mains un autre enfant pendant pareille opération. Ici heureusement le malade échappa au péril. — M. Hervez de Chegoin rapporte deux cas, dont l'un lui est propre, où les malades ont couru de graves dangers. Quelquefois même il est fort difficile d'arrêter le sang quand l'opération est terminée. M. Hervez de Chegoin appliqua trois fois le cautère actuel après l'excision d'une tumeur à la joue d'un enfant de trois ans, sans pouvoir empêcher le sang de se répandre en nappe. La compression long-temps continuée réussit

---

(1) J. L. Petit, *OEuvres chirurg.*, T. I. — Callisen, *Systema chir. hodiernæ*, p. II, cap. 296. 1800. — John Bell's, *Works. cit.* Vol. I, p. 463. 1801. — G. B. Monteggia, *Istituzione.* Op. cit. Vol. I, p. 221. — Lassus *Pathologie. chirurg.*, T. II, p. 476. 1805. — Boyer, *Op. cit.*, T. III. — Joseph Hodgson, *Treatise on the diseases of arteries*, p. 443. *London*, 1815. — *Voyez* aussi Breschet, *trad. de Hodgson.* — Richerand, *Nosographie chirurg.*, T. IV, p. 260. 1821. — Chelius, *Handbuch der Chirurgie.* Cit. p. 883. — Rust's, *Theoretisch Handbuch.* Cit. — *Dict. de S. Cooper.* Cit. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu.* Cit. T. IV. — Scarpa, *Op. et mém. cit.* — Maunoir, *Op. cit.*, p. 89. — Guthrie, *Treatise on the arteries.* — J. A. L. Casa Mayor, *Réflex. et observations sur l'anévrysme.* 1825, 4 p. — Walther, *in Seinem Journal.* Cit. B. V, B. 240. 1825. — *Voyez* aussi les *Dictionnaires de médecine*, art. *Erectile* et *Tumeur.* — Velpeau, *Op. cit.*, 258. 1832. — Hervez de Chegoin, *Journal hebdomadaire.* Cit.

enfin. N'est-il pas probable que bien d'autres malades opérés par des chirurgiens moins instruits ont dû subir pareil sort? Mais ne fouillez pas dans les fastes de la science, vous n'y trouveriez rien qui vous dédommage de votre peine; car ici les opérateurs sont silencieux comme les tombes qui reçoivent leurs malades. Comme notre but n'est d'exagérer ni les dangers ni les difficultés de cette opération, voyons si dans les opérations qui ont été suivies d'hémorrhagies, les règles de l'art ont été convenablement observées. Le grand praticien J. L. Petit (1) nous assure en effet « qu'il n'a jamais vu survenir semblable hémorrhagie après l'excision, que quand elle a été mal faite. » En s'éloignant de la maladie, dit-il, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie; mais on peut couper encore loin de la maladie, et où il n'y a absolument aucune apparence d'état morbide, et voir arriver cet accident: ainsi M. Roux, qui connaît fort bien l'importance d'inciser à distance du mal, enleva une petite tumeur érectile située à l'éminence hypothénar de la main d'un homme; et afin de prévenir toute hémorrhagie, cet habile chirurgien se décida à emporter même les muscles qui constituent cette région, et qu'on n'avait aucune raison de croire affectés: malgré l'apparence naturelle de la plaie, malgré la profondeur de l'incision pour une tumeur superficielle, l'hémorrhagie eut lieu et nécessita la ligature des deux artères radiale et cubitale.

M. George Busch excisa une tumeur érectile de la tempe d'un enfant de deux ans et demi, mais le sang coulait en nappe de toute la surface de la plaie; on la cautérisa avec le fer rouge; cependant de nouvelles hémorrhagies déterminèrent M. Busch à la ligature de la carotide externe; il blâme ceux qui, pour pareilles tumeurs, agissent sur l'artère carotide primitive. M. Busch regrette de ne pas avoir commencé par la ligature, et il a raison.

Le docteur Mussey (2), professeur américain, comme nous l'avons vu, procéda de cette manière après la ligature des deux carotides primitives. La tumeur diminua de deux tiers de son volume; mais comme elle reprenait sa marche, il se décida à l'exciser. On peut s'imaginer la gravité de cette opération, quand on saura qu'en rasant les cheveux on aperçut plus d'une vingtaine d'artères grosses comme des plumes d'oie, qui se perdaient dans la tumeur, qui était encore très-étendue; les veines paraissaient énormes. M. Mussey prit le parti d'entourer la base de la tumeur d'une incision circulaire pratiquée en plusieurs temps, afin de se rendre maître du sang au fur et mesure que l'on procédait. Cette opération dura une heure, et plus de quarante artères furent liées. Malgré cette quantité de ligatures, malgré la compression des lèvres de chaque incision, etc., le malade perdit environ trois livres de sang pendant cette opération si hardie et si laborieuse; mais l'opérateur eut le bonheur de voir complètement revenir son malade à une santé robuste.

M. Langstaff, praticien fort distingué de Londres, et possesseur d'un cabinet d'anatomie pathologique qui atteste son zèle et son savoir, vient de m'assurer qu'il a excisé un grand nombre de tumeurs érectiles, et toujours heureusement; mais constamment l'écoulement de sang a été abondant.

(*La suite au prochain Numéro*)

(1) *Op cit.*, p. 232.

(2) Lond. Médical Gazette. Vol. VI, p. 76; avec dessin. 1830.

Mémoire sur un cas de rupture du diaphragme, par suite de blessures graves, et sur les questions médico-légales qu'elles soulèvent; par M. DAVAT, docteur en médecine.

Trois hommes demi ivres, revenant gaîment d'une foire, se laissèrent battre par un quatrième ayant également bu, à la suite de quelques propos désagréables qu'ils s'étaient réciproquement adressés. Il y avait plus d'une heure qu'ils avaient été battus lorsqu'ils se présentèrent à moi; ils avaient employé cette heure à faire une demi-lieue de chemin, distance de chez moi au lieu du combat.

Les deux plus jeunes n'ayant que de petites égratignures et de légères contusions faisaient grand bruit, et leurs criailleries m'étourdirent au point que je les congédiai promptement sans faire attention au plus âgé qui se reposait sans mot dire, assis sur une chaise, la tête appuyée sur ses mains, et les coudes sur ses genoux. Je ne parlai point à ce dernier, croyant qu'il avait pris cette position parce qu'il était plus ivre que les autres. Les deux autres répondirent fort vaguement aux interrogations que je leur fis, et ne me dirent point que l'un d'entr'eux fût tombé sans connaissance sous l'action des coups.

Congédiés, ils se retirèrent: alors celui qui était assis, sa tête toujours appuyée sur ses mains, (1) se leva seul, mais lentement (2), arriva à la porte sans trébucher, et je les perdis de vue jusqu'au lendemain. Pendant tout le temps qu'ils restèrent dans mon cabinet, le sieur J. V. n'eut aucun effort de vomissement; il ne proféra pas une seule parole, et resta constamment dans l'attitude que j'ai décrite. Ses camarades s'arrêtèrent chez moi pendant douze à quinze minutes, pendant lesquelles il ne laissa pas échapper la moindre plainte.

Ils partirent donc, ayant encore une marche d'une grande heure à faire et toujours *en montant:* il était alors près de six heures du soir. (Ce qui suit n'est que la conséquence de ce que j'ai pu recueillir sur ce qui est arrivé à cet homme depuis six heures jusqu'au lendemain matin, où je reprendrai son histoire à neuf heures).

Nos trois hommes s'arrêtèrent en ville pendant plus d'une heure et demie, narrant ce qui leur était arrivé à tous ceux qui voulaient l'entendre; mais ils étaient entourés de plus de curieux que d'observateurs, et personne ne les plaignait. Cependant on remarqua que le sieur J. V., quoique restant debout comme les autres, paraissait absorbé, ne s'agitait

(1) Cet homme est le sujet principal du cas singulier que nous allons rapporter; son nom est J. V. Il parlait généralement très-peu.

(2) L'expression de sa physionomie, seulement inquiète, n'avait rien de particulier.

point, parlait peu, ou plutôt ne répondait que par oui et non ; on assure qu'il eut quelques efforts de vomissemens, mais sans résultat. L'expression de sa physionomie n'avait rien d'extraordinaire ; il ne se plaignait pas, n'accusait pas de douleur fixe, et enfin ils s'acheminèrent vers leur hameau.

Mais, à mi-chemin, le sieur J. V. tomba de lassitude et ne se releva plus. On le déposa dans un moulin où il passa la nuit sans connaissance, et le lendemain matin on le transporta chez lui où je fus le voir. (Au dire de ses camarades, il était plus de neuf heures du soir lorsqu'il perdit connaissance, ce qui donne un intervalle de quatre heures entre le moment où il fut frappé et le moment où, s'asseyant de lassitude, il tomba dans le coma ; il resta dans cet état jusqu'à son décès).

Les renseignemens que me donnèrent les parens, m'apprirent que le sieur J. V. était d'un caractère paisible et bon, qu'il parlait peu, qu'il buvait quelquefois un peu de vin, mais qu'il en supportait l'effet avec facilité ; qu'il était vigoureux et fort, d'une brillante santé, et qu'il est âgé de trente-six ans.

Introduit auprès du malade, je le trouvai couché sur le dos. Nous le dépouillâmes de ses pantalons qu'il avait encore, et ne lui laissâmes que sa chemise de toile rousse, parfaitement propre et sans aucune tache de nature quelconque. Le corps, en général, est parfaitement conformé. Le système musculaire, très-développé, semble prédominer et se dessine fortement sous la peau. Après l'avoir examiné avec soin, je remarquai que toute la surface externe ne présentait aucune trace de violence extérieure, pas la moindre ecchymose, pas la moindre égratignure, pas la plus légère contusion, pas de trace de sang à l'extérieur ; rien, en un mot, qui pût me rendre compte des symptômes alarmans que j'observais ; et cependant le cuir chevelu, les parois abdominales, tous les os longs, les côtes en particulier, la poitrine, rien n'a échappé à mes investigations. D'un autre côté, les vêtemens étaient un peu sales, mais la saleté qui les souillait semblait ne s'être déposée que par immersion et non par frottement. Les endroits les plus sales étaient au dos de la veste, en arrière des cuisses sur le pantalon, et les taches s'étendaient circulairement en dégradant ; elles étaient le résultat de l'imbibition de l'humidité du fumier sur lequel le malade avait passé la nuit.

Les symptômes annonçaient une hémorrhagie cérébrale, probablement extérieure à la masse encéphalique, car la sensibilité et le mouvement étaient partout conservés, quoique l'immobilité parut complette. Si on pinçait le malade il retirait le membre. La peau était généralement froide ; les membres avaient une rigidité marquée, le pouls était petit, misérable. Les paupières étaient entr'ouvertes, l'œil immobile, l'iris dilaté, encore légèrement sensible à la lumière. La bouche entr'ouverte est écumeuse, sans nulle déviation. La respiration était anxieuse, pénible et difficile ; les muscles inspirateurs élevaient fortement la poitrine, mais l'expansion pulmonaire était presque nulle et s'accompagnait du râle des agonissans. (Je ne percutai pas la poitrine.) La déglutition se faisait encore, mais avec grande difficulté ; l'écume de la bouche paraissait venir des bronches, elle ne contenait pas la moindre parcelle des matières contenues dans l'estomac. Le ventre, souple, n'avait rien de particulier.... En désespoir de cause, je saignai le malade aux deux bras, mais sans obtenir du sang ; on lui appliqua aux mollets de larges sinapismes. Il mourut à une heure après-midi.

Je ne savais si je devais attribuer cette apoplexie mortelle au vin bu ou aux mauvais traitemens auxquels avait été exposé le sieur J. V. On disait bien qu'il avait été frappé, mais on ne savait préciser le point ou avaient porté les coups, ni rapporter quelle était la nature du corps qui avait servi à frapper ; et, d'autre part, toute la superficie du corps ne présentait aucune trace de lésion. Quoiqu'il en soit, la justice informée ordonna que l'autopsie du cadavre serait faite judiciairement. J'accompagnais le docteur Mandé à cet effet, et nous fîmes ensemble la recherche des lésions qui avaient causé la mort.

Ces recherches furent faites quarante-quatre heures après la mort.

Ouverture. — Le cadavre est placé sur une table bien exposée au grand jour ; les témoins, exigés par la loi, sont tous présens. Nous débarrassons le cadavre du linceul qui l'enveloppe. Ce cadavre est celui d'un homme fait, vigoureusement constitué, et de l'âge environ de trente-six ans.

La rigidité cadavérique est fortement prononcée ; les pouces sont fléchis dans la paume de la main et les doigts sur le pouce. Les muscles retractés dessinent vivement leurs formes. Les traits de la physionomie sont réguliers, la bouche n'est point déviée. On ne rencontre aucune trace d'ecchymose, d'égratignure ou de contusion sur toute la superficie du corps. Il y a quelques vergetures cadavériques le long du dos, qui sont le résultat du décubitus du cadavre. (Pendant que nous procédons à la recherche des lésions extérieures, on nous apprend que cet homme avait été frappé à la tête.) Notre attention se porte particulièrement sur le cuir-chevelu dont les cheveux sont longs, rudes et épais ; il ne nous offre absolument rien sur toute la surface externe.

Nous l'avons incisé d'avant en arrière et renversé sur les oreilles, et nous avons vu le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent, généralement infiltré par du sang noir sur toute la partie postérieure de la tête, se prolongeant encore dans les interstices des muscles de la région postérieure du cou. Cette infiltration, quoique abondante et étendue, n'avait point rompu les mailles du tissu cellulaire, ensorte qu'elle ne formait nulle part de collection sanguine ; elle est limitée entre le périoste du crâne et le derme du cuir-chevelu qui est à peine noirci. Cependant, on voyait sur la bosse pariétale gauche une légère extravasion sanguine longitudinale. Là, le tissu cellulaire est un peu écarté ou déchiré, *mais le tissu chevelu qui le recouvre est sans contusion notable, sans la moindre lésion apparente ou visible*, ensorte que ce n'est point lui qui a fourni l'extravasion sanguine dont nous parlons.

Après avoir enlevé le tissu cellulaire sanguinolent et le périoste, nous vîmes alors deux grandes fractures, l'une longitudinale, l'autre transversale, se réunissant à angle droit sur la bosse pariétale gauche. De ce point de réunion partent plusieurs autres petits rayons fracturés qui s'irradient sur les os environnans jusqu'à la distance d'un à deux pouces. Ce centre de toutes ces diverses fractures présente

lui-même une petite fissure communiquant dans la cavité du crâne : c'est par cette ouverture que s'est faite l'extravasion sanguine qui a infiltré le tissu cellulaire sous-péricrânien.

La fracture longitudinale s'étend d'arrière en avant, depuis le bord postérieur du grand trou occipital jusqu'au point d'articulation de l'apophyse basilaire avec le sphénoïde ; elle a brisé dans son trajet les os intermédiaires, c'est-à-dire, l'occipital, le pariétal gauche, le frontal et le corps du sphénoïde. Elle passe tout le long du côté gauche, de la grande faux du cerveau, s'en éloignant depuis le trou occipital jusque sur la bosse pariétale gauche, et s'en rapprochant de nouveau de manière à gagner la partie moyenne du corps du sphénoïde ; elle accomplit ainsi un ovale assez complet.

La fracture transversale s'étend de la partie moyenne de la surface d'articulation du pariétal avec le temporal gauche jusqu'au milieu de la portion écailleuse du temporal droit. Sa direction à travers les pariétaux est oblique de gauche à droite. Elle coupe à angle aigu la direction de la fracture longitudinale directement sur la bosse pariétale gauche, passe un demi-pouce plus en avant que la bosse pariétale droite, et se continue pour aller se perdre dans la partie moyenne de la portion écailleuse du temporal droit, qui présente quelques esquilles produites par contre-coup.

Nous avons scié circulairement le crâne : les fractures que nous avons décrites intéressent la totalité de l'épaisseur des os ; il existe au-dessous de la bosse pariétale, entre la dure-mère décollée et les os, un épanchement de sang coagulé dont la quantité peut être évaluée à deux onces environ. Le décollement de la dure-mère peut avoir cinq pouces d'étendue. L'hémorrhagie qui avait entretenu ce foyer était produite par des esquilles qui avaient déchiré probablement les ramifications de l'artère méningée moyenne de la dure-mère. Nul autre épanchement sanguin n'existait à la surface du crâne. Les esquilles de la portion écailleuse du temporal ne s'étaient point déplacées, et la fracture du corps du sphénoïde s'était également faite sans aucune hémorrhagie.

La substance cérébrale n'était lésée dans aucune partie ; l'hémisphère gauche portait l'empreinte de la dépression qu'il avait soufferte, mais son parenchyme était sans lésion apparente.

Les parois abdominales, examinées à leurs surfaces et dans l'épaisseur des muscles qui les constituent, n'ont présenté ni ecchymoses, ni contusions, rien en un mot.

Le foie, les reins, la rate, toute la masse des intestins sont dans l'état physiologique.

Mais en regardant l'estomac nous remarquâmes que son grand cul-de-sac avait disparu. Une déchirure longitudinale et en lambeau pratiquée à travers le diaphragme, et surtout dans son centre phrénique, lui avait donné passage, ensorte que ce grand cul-de-sac était logé dans la cavité thoracique gauche. Cette déchirure du diaphragme était récente : elle avait deux pouces et demi d'étendue ; elle présentait quelques lambeaux flottans, encore sanguinolens, mais ces gouttelettes sanguines étaient tellement peu caractérisées, qu'il serait imprudent, je crois, d'en tirer une conclusion. Le pourtour de cette déchirure n'avait aucune adhérence avec l'estomac hernié ; ce dernier comprimait assez cette ouverture, pour que ses bords fussent très-peu rouges, ou plutôt blafards ; ensorte que le sang qui en avait coulé était peu de chose. Ce sang s'était du reste mêlé avec les matières épanchées dans la plèvre ; de manière qu'il était difficile de le reconnaître.

L'abdomen ne contenait aucune matière étrangère ; rien n'était épanché dans sa cavité.

La portion de l'estomac herniée dans la plèvre gauche, à travers l'ouverture accidentelle du diaphragme, s'était elle-même déchirée dans cette cavité, en sorte que tout ce qui était renfermé dans l'estomac s'y était épanché. Les matières contenues étaient des alimens solides et liquides, n'étant point encore à demi-digérés ; ces alimens consistaient en légumes secs, viande, pain, vin, etc. Ils ont rempli deux assiettes à soupe.

La déchirure du grand cul-de-sac de l'estomac existait à la face supérieure ; elle avait un pouce et demi d'ouverture ; son contour était inégal et comme frangé ; il était rouge, et le sang n'était point coagulé à l'extrémité de ses vaisseaux béans ; il suffisait de comprimer à l'entour pour voir suinter le sang, mais en très-petite quantité. Hormis cette ouverture, qui ne présentait rien de plus sur ses bords, l'estomac était à l'état physiologique.

Le sang épanché par cette plaie s'était, comme le sang épanché par la plaie du diaphragme, mélangé avec les matières contenues dans la plèvre ; on avait assez de peine pour distinguer les caillots sanguins parmi les alimens qui avaient été noircis par un vin riche en couleur ; du reste, peu de sang s'était répandu, car ces caillots étaient petits et assez rares.

Tout le lobe inférieur du poumon gauche avait été refoulé en haut et en arrière, tandis que la surface de la plèvre en contact avec l'épanchement était rouge, vivement infiltrée dans ses vaisseaux capillaires. Cette infiltration était un vrai pointillé sanguin inflammatoire à la surface duquel s'étaient développées çà et là de petites plaques pseudo-membraneuses blanchâtres, mais assez rares.

La vessie contenait une assez forte quantité d'urine.

L'histoire des lésions que nous venons de décrire soulève plusieurs questions importantes que nous allons essayer de résoudre.

1° Le sieur J. V. a-t-il été frappé vivant ou mort ?

2° Les lésions observées sont-elles le résultat d'un coup ou d'une chute ?

3° Enfin le sieur J. V. pouvait-il être atteint de toutes ces lésions, lorsqu'il s'est présenté devant moi le soir à six heures, et une heure après avoir été, dit-on, battu ?

I. Le sieur J. V. a-t-il été frappé vivant ou mort ?

Cette question, dans l'espèce, ne peut pas faire l'objet d'un doute. 1.° L'individu a été vu pendant plusieurs heures avant sa mort, avec tous les symptômes qui accompagnent les lésions que l'on a observées à l'ouverture du cadavre.

2.° Il est impossible de produire sur un cadavre l'ensemble des phénomènes qui ont accompagné la formation des fractures du crâne ; un décollement de la dure-mère dans une étendue de cinq pouces, avec épanchement de sang

coagulé, passage du sang en dehors par la fracture et l'infiltration du tissu cellulaire sous-péricrânien.

3.° Il est difficile d'opérer des ruptures du diaphragme, et encore plus de l'estomac, sur le cadavre.

4.° Alors même qu'on les produirait il n'en résulterait pas des *petits caillots* de sang du genre de ceux qui ont été observés dans la cavité de la plèvre gauche.

II. Les lésions observées sont-elles le résultat d'un coup ou d'une chute ?

Dans les chutes, ce sont le plus souvent les gros viscères, tels que le foie, la rate, qui se déchirent : ils sont ici dans un état normal parfait.

Les fractures de la tête n'ont pu être produites que par un corps arrondi, dur, qui agit d'un seul coup, et plutôt par sa vitesse que par sa pesanteur.

La violence extérieure a porté sur la bosse pariétale gauche, point de réunion ou de départ de toute les fractures.

La fracture par contre-coup du temporal droit, la situation de cette fracture, sa position relative à celle du pariétal gauche, indique elle-même la direction dans laquelle a agi la violence ; et si on remarque que la direction des grandes fractures longitudinales et transversales est légèrement oblique de gauche à droite, on verra que cette violence tangentielle n'a pu agir que dans un seul sens, c'est-à-dire, en formant avec le diamètre perpendiculaire de la tête un angle obtus très-ouvert mesuré par en bas.

Dans quelque position que se trouve le corps, une pareille chute sur le pariétal est impossible.

La violence qui a fracturé le crâne n'a donc pu être que l'effet secondaire d'une première cause qui a mu cette violence en sens inverse de l'attraction.

La rupture du diaphragme et de l'estomac ne peut elle-même s'expliquer que par l'action d'une violence extérieure qui s'est exercée en repoussant la masse intestinale de bas en haut. Le corps qui a agi a dû lui-même être recouvert de substances souples ; il a dû agir très-promptement avec une violence extraordinaire et d'un seul coup, car les parois abdominales ne présentent aucune lésion. (Quel corps réunit mieux ces conditions que le genou ?)

Au moment de la violence, l'estomac était distendu par de nombreux alimens ; violemment repoussé, il a déchiré le diaphragme contracté qui lui mettait obstacle, puis a fait hernie au travers : alors la force agissante n'étant point encore décomposée, et ne trouvant plus de corps solides pour se propager, s'est centralisée sur la portion de l'estomac herniée, et l'a déchirée elle-même.

Il est très-difficile qu'une chute, dans la supposition même où elle ne s'accompagnerait d'aucune lésion qui la fît reconnaître, pût réunir toutes les conditions indispensables pour produire de tels effets ; à la vitesse nécessaire il faudrait que le corps de l'individu tombant joignît une position en rapport avec le corps sur lequel il frapperait : cette position est inadmissible.

L'effet produit par la roue d'une voiture aurait été très-certainement accompagné de circonstances qui l'auraient indiqué : circonstances puisées, soit dans le témoignage des hommes, soit dans l'état des vêtemens ; enfin tirées de l'étendue des lésions que doit inévitablement produire une violence assez long-temps prolongée sur les surfaces abdominales.

La cause qui a déchiré l'estomac et l'intestin me paraît donc être manifestement un coup.

Mais cette double déchirure, avec hernie de l'estomac et épanchement dans la plèvre seulement des matières qu'il contenait, est-elle uniquement due à ce coup ? et la contraction spontanée de tous les muscles qui concourent à la respiration, n'est-elle pas nécessaire pour qu'elle soit produite ?

Cette question simplifiée se réduit à celle-ci : cette double rupture, avec hernie de l'estomac et épanchement des matières dans la plèvre seulement, peut-elle avoir lieu sur le cadavre ?

Les recherches comparatives que j'ai faites tendraient à résoudre cette question négativement. En effet lorsqu'après avoir rempli l'estomac d'un cadavre de substances alimentaires réduites comme le fait la mastication, et lié l'œsophage, on frappe vigoureusement et brusquement sur la région épigastrique, on obtient rarement et difficilement, après une seule percussion, la rupture de l'estomac. Je n'ai obtenu cette rupture qu'une seule fois sur six, et dans ce cas l'estomac était distendu par une quantité de matière telle, qu'il me paraît impossible qu'il en eût pu recevoir autant pendant la vie : il était complètement déplissé. Mais en redoublant les percussions on parvient toujours à rompre cet organe, à moins qu'il ne soit presque vide ; et on obtient d'autant plus facilement cette rupture que le tissu des membranes de l'estomac est plus ramolli, soit par le fait de décomposition, soit par toute autre cause, telles qu'une inflammation, la macération des parois par les matières qu'elles contiennent.

Jusqu'à présent je n'ai point obtenu la rupture du diaphragme après une et même deux percussions ; l'estomac se rompait indistinctement sur l'une ou l'autre de ses faces, quelquefois dans deux endroits à-la-fois, et les matières s'épanchaient dans la cavité abdominale.

Ce qui précède semblerait déjà indiquer que les forces vitales ont certainement une action quelconque sur la fréquence des ruptures du diaphragme. Ainsi voulant en quelque sorte substituer une force constamment agissante à cette contractilité vitale, j'ai distendu les intestins d'autant d'air qu'ils en ont pu contenir, après avoir antérieurement rempli l'estomac, lié l'œsophage, insufflé légèrement les poumons et fermé les bronches. L'estomac s'est alors rompu, le diaphragme s'est également rompu, mais l'estomac n'a point fait hernie dans les cavités des plèvres, et l'épanchement des matières contenues dans cet organe était tout abdominal.

Mais pour bien sentir toute l'influence de cette contractilité musculaire tant animale qu'organique, sur la fréquence des ruptures, soit diaphragmatiques, soit stomacales, j'ai fait quelques recherches sur les animaux vivans, et j'ai pu remarquer qu'il n'est pas indifférent que la percussion soit appliquée pendant l'inspiration ou l'expiration.

La percussion pendant l'expiration ne produit le plus souvent que la rupture de l'estomac.

La percussion pendant l'inspiration produit presque toujours la double rupture, 1° celle du diaphragme ; 2° celle de l'estomac, et la hernie de cet organe à travers le dia-

phragme paraît uniquement due à l'effort musculaire.

En effet, voyez ce qui se passe dans l'abdomen pendant la digestion; partout de grands mouvemens généraux, équilibrés entr'eux et agissant cependant en sens inverse les uns des autres. Voyez ces contractions des grands muscles abdominaux pendant l'inspiration et l'expiration, ébranlant tour-à-tour tous les viscères gastriques : voyez d'autre part les mouvemens propres et particuliers à chacun de ces viscères. Eh bien! sitôt qu'une violence quelconque vient troubler les mouvemens des ces organes, ceux-ci leur opposent de suite toute la puissance qui est en eux, afin de résister à cette violence et rester en équilibre, tous leurs tissus se contractent donc spontanément, se resserrent en colonne, et se crispent de manière que si la violence est plus considérable que la résistance qu'ils peuvent opposer, ils se rompent par ténacité au lieu de s'alonger et de se prêter de manière à décomposer la force qui agit sur eux. Dans les tissus musculaires de la vie animale, la contraction est quelquefois si subite et si forte, qu'ils se rompent eux-mêmes sous l'influence de cette force unique. C'est ce qui arrive dans certaines crampes.

Quoique les tissus musculaires organiques jouissent de mouvemens indépendans de la volonté, on se rend également raison des phénomènes, et on conçoit que l'estomac étant frappé, les fibres musculaires de cet organe, en se contractant pour résister à l'impulsion qui pervertit leur mouvement propre, doivent inévitablement en rapprocher les deux ouvertures : alors, suivant l'intensité de la force, l'estomac se rompt ou dans la cavité abdominale, ou dans la poitrine, après avoir préalablement fait hernie à travers le diaphragme déchiré; mais essayons de saisir la formation de cette hernie.

Dans l'inspiration, l'estomac rempli d'alimens comprime à-peu-près également tous les organes qui l'entourent, parce que alors l'air renfermé dans les poumons fait sensiblement équilibre à celui qui pèse sur les parois abdominales. Dans l'expiration, au contraire, la force de contraction des muscles abdominaux s'ajoute à la pesanteur de l'air qui pèse sur eux, l'équilibre est alors rompu, et d'autant plus fortement rompu, que la contraction est plus violente; alors l'estomac est repoussé, par ce surcroit de puissance, vers le diaphragme, et si ce muscle est déchiré, il passe au travers et fait hernie dans la poitrine.

En résumé, voici, je présume, comment se passent les choses, si on frappe, pendant l'inspiration, la région épigastrique d'un individu dont l'estomac est rempli d'alimens :

Le diaphragme, alors contracté, se crispe subitement aussi bien que l'estomac. Ces deux organes, tendus tout-à-coup, sont devenus immobiles, et, pour ainsi dire, attentifs à la douleur du choc. (1) Le diaphragme est peut-être déjà rompu (2) lorsque les muscles abdominaux expirateurs, revenant tout-à-coup sur eux-mêmes, ajoutent leur puissance à celle de la percussion, et font faire hernie à l'estomac.

Pendant ce temps la force agissante traverse les parties molles (1) qui la retardent. Décomposée en partie, elle suit les courbures de l'estomac, arrive sur la portion herniée; s'y concentre de nouveau parce qu'elle ne trouve pas de corps pour se propager, ou bien parce qu'elle est retenue, et s'y éteint en la déchirant. C'est ainsi qu'on voit fréquemment des chocs sur la tête donner lieu à des fractures éloignées, dites par contre-coup.

Je viens de démontrer l'influence de la contractilité musculaire sur les ruptures de l'estomac et du diaphragme. J'ai fait entrevoir la nécessité de l'action musculaire pour la hernie; j'ai fait remarquer que, dans les doubles ruptures sur le cadavre, l'épanchement est abdominal; je crois donc pouvoir conclure que la rupture du diaphragme et de l'estomac, avec hernie de ce dernier et épanchement des matières qu'il contient dans la plèvre, sont des lésions produites pendant la vie et qui militent en faveur de la solution de la première question.

III. Le sieur J. V. était-il déjà atteint de toutes les lésions dont nous venons de parler, lorsqu'il s'est présenté devant moi le soir à six heures?

La solution de cette question demande d'autant plus d'attention qu'elle peut faire absoudre le premier accusé et rechercher un autre coupable. Elle est, du reste, très-épineuse; car, dire que le sieur J. V. avait été frappé lorsqu'il s'est présenté devant moi et qu'il avait déjà toutes les lésions que nous venons de rapporter, c'est dire qu'il a pu vivre de toute sa vie de relation pendant plus de trois heures, marcher plus d'une lieue, parler sans se plaindre trop avec une double rupture du diaphragme et de l'estomac, épanchement des alimens dans la plèvre, refoulement du lobe inférieur du poumon, avec une quadruple et épouvantable fracture des os de la tête, lésions nécessairement et prochainement mortelles si elles ne le sont sur-le-champ.

Cependant les antécédens recueillis sur cet homme disent qu'il avait été battu; ses compagnons ne me dirent point qu'il eût perdu connaissance lors des coups qu'il reçut; ce qu'ils n'auraient pas manqué de faire pour me déterminer en leur faveur; il était seulement étourdi, disent-ils, il marchait lentement, quelquefois seul, quelquefois s'appuyant sur le bras des autres, ne disant mot.

En entrant chez moi ils venaient de faire une demi-lieue à pied; J. V. s'assit sur une chaise, reposa sa tête sur ses mains et la laissa dans cette situation jusqu'au moment où ils partirent : pendant cet intervalle il ne se plaignit point, sa respiration ne paraissait point pénible, sa physionomie n'avait

---

(1) Bichat a très-bien observé que toute douleur subite apporte tout-à-coup un changement dans l'action du diaphragme et des intercostaux. (*Recherches sur la vie et la mort.*)

(2) J'ai vu à l'hôpital Cochin une rupture du diaphragme survenue à la suite d'un coup de poing sur la partie latérale gauche du thorax. Sur le cadavre, l'estomac faisait encore hernie sans rupture : le malade avait succombé à une méningite; nous ne reconnûmes point la rupture de l'estomac pendant la vie. (Service de M. Guerbois).

(1) Ces parties molles sont les parois abdominales, celles de l'estomac, et toutes les matières contenues dans cette poche.

rien d'extraordinaire ; il se leva seul au moment du départ et se retira avec ses camarades : sa démarche était lente, grave, mais non mal assurée. Ses vêtemens étaient propres. Sorti de mon appartement il resta avec ses camarades pendant plus d'une heure en ville, presque constamment debout, recherchant cependant les lieux commodes où il pût s'appuyer, ne se plaignant pas, ne disant mot, ne demandant rien, entendant et comprenant ce qu'on lui disait. On assure qu'il eut quelques efforts de vomissemens, mais sans résultat. Il resta dans cette situation jusqu'à neuf heures du soir.

Il est certainement difficile de concilier cet état avec les lésions trouvées; il me parait également dangereux et imprudent d'en tirer des conclusions; conclusions qui auraient peut-être pour résultat l'envoi à l'échaffaud d'un innocent pour un coupable; et, pour décharger complètement notre conscience de la gravité de ce fait, nous ajouterons que, de toutes les lésions mortelles inévitablement, nulle ne l'était sur-le-champ; que le sieur J. V. était un paysan bien nourri, vigoureusement constitué, habitué à la fatigue; qu'il avait bu un peu plus de vin qu'à l'ordinaire, et qu'on peut, jusqu'à un certain point, concevoir que la force de vie de l'individu, jointe à l'action excitante et stupéfiante du vin, lui aura fait oublier momentanément ses douleurs en lui donnant la force de parler et de marcher jusqu'à ce qu'enfin il tomba sous l'effet de la compression du cerveau par l'épanchement sanguin.

La disposition du foyer de cet épanchement sanguin nous rend elle-même parfaitement raison de la lenteur des accidens qui sont survenus. En effet, les résultats de la compression sur le cerveau qui devait rendre le malade comateux et sans mouvement, ne purent arriver que progressivement et lentement, puisqu'il fallait que le sang qui s'épanchait décollât le périoste qui est lui-même très-adhérent; ce qui ne put se faire que très-lentement, parce que la résistance du périoste à se laisser décoller est considérable à cet âge.

Ces précédentes circonstances porteraient à croire que le sieur J. V. pouvait être atteint des lésions du crâne au moment où il s'est présenté devant moi; et plusieurs médecins, que j'ai questionnés à ce sujet, ne les regardent point comme incompatibles avec le plein exercice des fonctions pendant plusieurs heures.

Mais pour les lésions de l'estomac, du diaphragme et du poumon, si on les considère comme concomitantes des lésions du crâne, la solution est plus difficile, car je ne sais sur quoi nous pourrions nous appuyer pour dire que le sieur J. V. était atteint de ces ruptures au moment où je l'ai vu. Manquant de faits comparatifs, de renseignemens positifs, j'ai consulté et mes collègues et plusieurs maîtres dans la science. Les opinions ont été partagées: les uns ont reconnu ces lésions possibles avec la conservation et le libre exercice de la vie de relation pendant plusieurs heures. D'autres les ont repoussées comme inconciliables; d'autres, enfin, sans nier la possibilité du fait, ne sont pas disposés à l'admettre facilement; et c'est là notre opinion.

Et, pour consolider cette dernière manière de voir, j'ajouterai que plusieurs auteurs se sont assurés, par des recherches bien faites, que si on tue un animal pendant le phénomène de sa digestion, le suc gastrique peut, à lui seul, rompre les parois de l'estomac du cadavre. M. Bonnet, de l'Hôtel-Dieu à Lyon, a lui-même répété ces expériences, et s'est convaincu de leur résultat. Il y a, à la vérité, bien de la différence entre les lésions causées par la rupture produite par le suc gastrique, et les lésions causées par la rupture que nous avons étudiée dans cette observation. Ici l'estomac est à l'état physiologique et sans ramollissement. Les bords de la rupture sont frangés et sanguinolens, la plèvre est pointillée, quelques petits caillots sanguins se rencontrent dans les matières épanchées.

Mais d'un autre côté si l'on considère que cette déchirure est sans rougeur au pourtour, que la quantité de sang épanché est presque nulle, qu'un sang noir suinte à l'extrémité des vaisseaux déchirés si on comprime dans leur voisinage, on ne sait si l'on ne doit pas considérer cette rupture comme consécutive à la mort.

Bien plus, si on se reporte à la rupture du diaphragme, si on remarque la lésion de ce muscle essentielle à la respiration, on comprend difficilement qu'il n'ait pas été troublé dans ses fonctions; on conçoit avec peine que pendant trois heures il n'y ait pas eu anhélation, ni perversion notable dans les actes d'inspiration et d'expiration. Je me rappellerai toujours le fait suivant, fait contraire à l'idée qui admet comme possible l'acte respiratoire chez les individus atteints de lésions du diaphragme : un cheval fit un vain et violent effort pour arracher une voiture engravée; il s'arrête court, bat des flancs, tombe en tremblant, sa respiration est excessivement laborieuse, il périt en une heure.—L'estomac faisait hernie dans la plèvre à travers le diaphragme déchiré dans une étendue de quatre pouces et demi.

Quelques Réflexions de M. ALPH. DEVERGIE *sur cette Observation.*

Le fait qui vient d'être rapporté par M. Davat, soulève, ainsi qu'on vient de le voir, plusieurs questions médico-légales. La plus importante à résoudre est celle de savoir si les blessures dont il est fait mention ont précédé ou suivi la visite des trois hommes chez ce médecin. La conséquence de la solution de cette question est, dans le premier cas, de mettre en accusation le quatrième individu qui a battu les trois autres à la foire, ou au contraire, dans le second, de faire porter le poids de l'accusation sur les deux hommes qui ont accompagné J. V. jusqu'au moulin. Il s'agit donc de savoir si un homme peut marcher pendant deux heures, séjourner en outre pendant une heure dans une ville avec une fracture du crâne du genre de celle qui est décrite, une déchirure du diaphragme, une perforation de l'estomac avec épanchement dans la poitrine de près d'un litre d'alimens et refoulement du poumon gauche, *sans présenter aucun signe qui puisse dénoter des blessures aussi graves?*

1° Relativement à la fracture, nous en concevons *à la rigueur* la possibilité, parce que cette solution de continuité est très-étendue, ramifiée, et que tout l'effort a pu être employé à la produire, sans que le cerveau ait été très-notablement influencé par une commotion.

2° Eu égard à la rupture accidentelle du diaphragme, il

est impossible de porter un jugement sans consulter les faits précédemment recueillis par les auteurs, et malheureusement ils ne sont pas très-nombreux. Percy est un de ceux dont l'opinion peut le plus faire autorité en cette matière. (*Dict. des Sc. méd.*, art. *Diaphragme*). Il a fait, des ruptures du diaphragme, une étude spéciale, ainsi que M. Cavalier (*Dissert. inaugurale*); celui-ci a rassemblé quelques exemples pour prouver leur gravité : nous reproduirons succinctement ces faits sous les yeux du lecteur afin de les éclairer. Et d'abord, il ne paraît pas douteux que la rupture du diaphragme amène constamment une mort prompte chez les chevaux. Ils tombent sur le coup, comme cela a eu lieu dans le fait rapporté par M. Davat, et ils succombent en quelques instans. Chez l'homme la mort n'est pas toujours aussi prompte, ainsi que le prouve un exemple rapporté dans le Journal de Desault et quelques autres très-rares relatés par Thomas Bartholin, Becker, ou consignés dans les mémoires de Berlin, les ouvrages de Sennert et de Fabrice de Hilden. Voici ces principaux faits.

Un charpentier tombe du dôme des Invalides sur des échaffaudages; il reprend ses travaux au bout de six mois quoiqu'il conservât encore une toux fréquente, une respiration difficile et une douleur croissante du côté gauche du thorax. Quinze jours après, il fait une nouvelle chute de vingt pieds de haut et se fracture sept côtes; il est porté à l'Hôtel-Dieu, il est inquiet, agité, a les yeux hagards, crache du sang, sa respiration est laborieuse et courte : il vomit les boissons qu'il est forcé de prendre à cause de la soif qui le dévore. Trois jours révolus, le malade est mieux. Bientôt il fait une nouvelle chute de son lit et meurt en peu d'heures.

On trouve au centre aponévrotique du diaphragme une ouverture dont les bords sont cicatrisés, ayant deux pouces et demi d'étendue dans son grand diamètre; l'estomac et l'arc du colon passés dans la poitrine; le cœur devié à droite, le poumon gauche réduit à un très-petit volume et refoulé vers le sommet de la poitrine.

Dans cette observation même, où la vie du malade a été conservée pendant un laps de temps assez long, et où l'autopsie vient éclairer sur l'existence d'une rupture du diaphragme, et non pas sur la quantité et le volume des organes contenus dans la poitrine à telle ou telle époque de la vie du blessé, *il existait des signes d'une affection grave.*

Une jeune femme est tout-à-coup saisie de frayeur pendant les douleurs d'un accouchement laborieux; elle jette un cri plaintif, articule quelques mots d'une voix éteinte et expire aussitôt en donnant le jour à son enfant. — Le diaphragme est rompu à gauche; l'estomac, l'épiploon et le colon sains, ont passé en grande partie dans la poitrine.

Un homme meurt *subitement* en vomissant avec la plus grande difficulté les alimens grossiers dont il s'était ingurgité. Budæus trouve la partie aponévrotique du diaphragme déchirée en forme d'étoile, l'estomac et l'épiploon remplissant cette solution de continuité.

Un homme prend un violent émétique, il a des convulsions et périt en peu d'instans. Le diaphragme est déchiré, une portion de l'épiploon, du colon et du pancréas a passé dans la cavité gauche de la poitrine.

Un quinquagénaire, adonné au vin, est pris, tout-à-coup, d'un énorme vomissement et *succombe en quelques minutes*. Le diaphragme est déchiré, une portion de l'estomac fait hernie à travers son ouverture.

En 1788, le conducteur de la diligence de Paris à Calais tomba de l'impériale en travers sur la roue de devant, et de là sur le pavé. Il *périt presqu'aussitôt*. On trouva une crevasse du diaphragme qui s'étendait du sternum au centre tendineux de ce muscle. Les viscères flottans du bas-ventre étaient presque tous dans la poitrine.

Abraham Vater parle d'un homme *mort subitement* sous ses yeux, et chez lequel le ventre était fort applati par suite d'une rupture analogue du diaphragme.

Un Allemand, d'une force athlétique, aidait à descendre dans une cave profonde, une très-forte pièce de bière; il se tenait au-dessous d'elle. Deux hommes lâchent trop rapidement la corde qui la retenait; cet homme, croyant qu'il allait avoir à en soutenir tout le poids, fait un effort considérable pour la retenir. Au même instant il tombe sans connaissance, roule au fond de la cave, et *meurt* en jetant deux ou trois soupirs bruyans.

Ainsi nous possédons un grand nombre d'exemples de mort subite sous l'influence de la rupture du diaphragme *sans* rupture de l'estomac, et nous ne pouvons rapporter que des cas très-rares, où la mort n'ait pas suivi immédiatement cette lésion.

Mais, dans tous les cas de déchirure du diaphragme, non-seulement cette lésion s'est dessinée par des signes apparens pendant la vie, mais encore ces signes ont souvent persisté après la mort, et à un point tel que, dans plusieurs circonstances, Cavalier et Percy ont reconnu ces lésions à l'expression de la physionomie des cadavres des individus qui en avaient été affectés pendant la vie. Ainsi on a presque toujours remarqué des nausées, des vomissemens, une gêne plus ou moins grande dans la respiration, un applatissement du ventre, une dilatation anormale de la poitrine contrastant avec le signe précédent, et un rire sardonique des plus marqué, et dans tous les cas une impossibilité absolue d'exécuter des mouvemens. Voilà donc une lésion qui, si elle n'est pas de nécessité mortelle instantanément, a toujours présenté des caractères assez tranchés pour dessiner une atteinte profonde à la vie.

3° Considérant actuellement la rupture de l'estomac comme une lésion à part, il nous semble difficile qu'avec un épanchement aussi considérable *d'alimens et de vin* dans la cavité gauche de la poitrine, refoulement du poumon gauche sous les premières côtes, il ne se manifeste pas, de prime-abord, des symptômes qui indiquent la gêne de la respiration d'une part et ceux qui dénotent une excitation très-vive de la plèvre. La pénétration de l'air dans une des cavités de la poitrine par une plaie faite au thorax, sans épanchement et par conséquent sans une diminution du volume des poumons aussi notable, amène déjà de la difficulté à respirer. A plus forte raison, lorsque le poumon est réduit au volume qui a été observé, la sensibilité des séreuses ne tend-elle pas à faire penser que l'épanchement de vin et d'alimens de diverse nature doit produire une phlegmasie intense, analogue à celle qui se développe dans toutes les perforations spontanées de l'estomac et des intestins dans la

cavité du péritoine ? Objectera-t-on l'absence de douleur qui a lieu dans des épanchemens sanguins des plèvres, mais on ne peut pas établir de comparaison entre les qualités irritantes du sang pour les membranes séreuses, et le vin, l'eau-de-vie, le sel, le poivre et tous les assaisonnemens qui pourraient faire partie d'alimens préparés ; d'où il résulte que l'épanchement seul aurait dû produire au moins une gêne de la respiration plus ou moins considérable et donner lieu à des douleurs aiguës dans les plèvres ; c'est ce qu'il y a de plus probable.

Si actuellement, au lieu d'analyser les effets immédiats de chacune de ces trois blessures, nous les grouppons sur le même sujet, il nous paraîtra alors difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre que, dans cet état, un homme puisse faire une lieue, entrer chez un médecin sans s'y plaindre, sans manifester aucune souffrance ; séjourner pendant une heure dans une ville et marcher encore pendant le même temps, c'est-à-dire faire encore une seconde lieue, jusqu'à ce que, ne pouvant plus continuer sa route, cet homme soit forcé de s'arrêter.

Nous pensons donc que J. V. pouvait, peut-être tout au plus, avoir le crâne fracturé lorsqu'il s'est présenté chez M. Davat, *mais qu'il ne portait pas* l'ensemble des blessures qui ont été décrites.

Nous apprenons que le sénat de Chambéry vient de faire porter tout le poids de l'accusation sur l'homme qui a battu J. V. à la foire ; mais qu'admettant des circonstances atténuantes la peine a été réduite à sept ans de travaux forcés. Nous ne nous permettrons pas de réflexions sur ce jugement ; nous ne connaissons pas les débats qui auront probablement fourni d'autres documens à ce sujet ; mais s'il en était autrement nous engagerions les médecins qui ont été appelés à donner leur avis dans cette affaire à peser de nouveau la valeur des faits, à s'entourer de nouvelles lumières, et à appeler encore une fois l'attention des magistrats sur la chose jugée.

Considérations sur quelques-unes des méprises que l'on peut commettre dans le diagnostic des hernies ; par J. T. MONDIÈRE, membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin à Loudun. (Vienne).

On l'a dit depuis long-temps : notre art difficile marcherait plus rapidement vers la perfection, si chaque praticien avait le noble courage de publier aussi bien ses insuccès que ses succès, et surtout les erreurs qu'il peut commettre. Sans doute en présence de l'intérêt si puissant de l'humanité, l'amour-propre devrait se taire, et le médecin ne pas lui sacrifier la santé et souvent la vie des hommes. Mais cette vérité, dont chacun peut bien reconnaître toute l'importance, presque personne n'ose la mettre en pratique. Cependant la publication des cas où des erreurs de diagnostic ont été commises, serait bien plus profitable à la science que ces observations nombreuses dont on l'encombre chaque jour, et qui semblent être publiées dans la folle prétention de prouver qu'on ne se trompe jamais : comme s'il n'était pas dans la nature même de l'homme d'errer quelquefois ! *Errare humanum est.* En effet, il suffit souvent de savoir qu'une erreur a été commise, et même qu'elle est possible, pour qu'on évite d'y tomber. Cette vérité, nous l'avons sentie dès les premières années de nos études médicales ; aussi nous sommes-nous toujours, avec le plus grand soin, attaché à noter dans nos lectures, non-seulement les faits dans lesquels une erreur fut commise, mais encore tous ces cas douteux, et qui ne sont pas rares dans la pratique, où une méprise est possible. C'est uniquement, nous ne craignons pas de le dire, par la lecture attentive de ces faits, dans leur rapprochement et leur coordination, que l'on peut puiser une instruction solide. Nous ne chercherons point la preuve de ce que nous venons de dire ailleurs que dans le sujet même dont nous nous occupons. Ainsi on ne peut contester qu'il est peu de points de chirurgie sur lesquels nous possédions un aussi grand nombre de bons ouvrages que sur les hernies ; et les Richter, les Arnaud, les Scarpa, les Lawrence, les Breschet, les Cloquet, les Manec, et tant d'autres, ont fait faire à cette branche de l'art des progrès immenses. Toutefois leurs ouvrages, dont quelques-uns sont d'excellentes monographies, ne présentent point ou ne présentent que d'une manière isolée, l'histoire de ces cas difficiles, où le tact du chirurgien exercé peut se trouver en défaut. Ces cas cependant sont loin d'être rares, si nous en jugeons par nos lectures. Aussi nous avons pensé qu'un travail qui offrirait un rapprochement de ces faits, et dans lequel on chercherait à faire connaître par des exemples les espèces ou variétés de hernies, et qui peuvent quelquefois simuler divers états pathologiques, ne serait pas dénué d'intérêt. C'est là le but que nous nous sommes proposé d'atteindre.

Est-il besoin de déclarer que notre intention n'est point d'appeler la critique sur les personnes qui ont commis les erreurs que nous allons signaler ? Nous ne le pensons pas. Loin de dispenser le blâme sur ceux qui, faisant taire toutes considérations personnelles, ont eu la franchise et la bonne foi de faire connaître leurs fautes, nous devons au contraire leur en savoir gré ; car ils nous prémunissent par là contre un jugement trop précipité et une confiance trop grande en nos propres connaissances. « Les erreurs des praticiens les plus distingués, dit M. Breschet (1), doivent porter les jeunes chirurgiens à étudier avec soin et pendant long-temps, sous les grands maîtres, les signes des maladies, à ne point se hâter de censurer les erreurs des autres, et à n'y voir que l'importance d'un examen attentif, le danger de toute précipitation, et enfin la preuve de la difficulté de notre art. »

Nous avions d'abord eu l'intention d'établir, à chaque division principale de notre travail, le diagnostic différentiel des hernies et des diverses maladies avec lesquelles on les a confondues, mais comme cette marche nous eût assujetti à des redites continuelles, et fait dépasser les bornes d'un mémoire, nous avons dû y renoncer et nous borner seulement à signaler les méprises qui ont été ou peuvent être commises, relativement au diagnostic des premières. Le lecteur suppléera facilement à notre silence.

---

(1) Essai sur les veines du rachis, la formation du cal, et la hernie fémorale. Paris, 1819, in-4°, fig., p. 83.

Hernies prises pour des bubons. — Ces méprises sont celles dont les annales de l'art nous offrent le plus d'exemples. Les hernies inguinales et les hernies crurales y donnent également lieu, mais les premières beaucoup plus souvent que les secondes, ce qui ressort assez et du siége qu'elles occupent et de leur plus grande fréquence, qui est, comme on l'a calculé, par rapport aux autres, dans la proportion de 5 à 1. Ce n'est pas seulement par des chirurgiens inhabiles que cette erreur a été commise. Lawrence (1) et A. Cooper (2) nous apprennent qu'elle l'a été par des hommes très-célèbres, et notre célèbre Sabatier (3) avoue l'avoir commise lui-même. Tout récemment M. Burdin jeune (4) a vu, aux consultations de la Société de Médecine de Paris, un homme qui portait dans l'aine une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, et ayant cinq à six lignes de diamètre sur quatre à cinq d'élévation. Un des plus illustres praticiens de la ville avait qualifié de bubon cette tumeur, malgré l'impossibilité où le malade assurait être d'avoir contracté rien de semblable. Les membres de la consultation jugèrent que c'était une hernie. Bientôt la tumeur s'ouvrit et donna issue à un ver et à des matières fécales.

Les faits que nous venons de rappeler sont sans doute bien suffisans pour prémunir le praticien contre toute précipitation dans son jugement; mais ils ne peuvent nous suffire pour le but que nous nous sommes proposé d'atteindre. Nous devons encore, d'après l'observation, chercher à bien faire connaître les diverses circonstances particulières qui sont susceptibles de jeter de l'obscurité sur le diagnostic des hernies inguinales et crurales, de les faire prendre pour des bubons, et ici nous ne restreignons pas la signification de ce mot à la seule idée de tumeur lymphatique par cause vénérienne.

Et d'abord, aucune circonstance n'est plus propre à obscurcir le diagnostic dans les cas dont il est question, que la coïncidence d'une hernie et d'ulcères syphilitiques sur la verge. On conçoit alors combien il peut être facile, à moins qu'il n'existe des symptômes bien tranchés d'étranglement, de prendre pour un bubon la tumeur formée par l'intestin déplacé. Cullerier, oncle, rapportait souvent, dans ses leçons cliniques sur la maladie vénérienne, avoir été témoin d'une méprise de ce genre, dans un hôpital auquel il était attaché en qualité d'élève. La tumeur de l'aine prise pour un bubon fut ouverte, et aussitôt des matières fécales s'échappèrent. Une circonstance non moins favorable à cette erreur, est celle dans laquelle se trouva un malade dont nous avons entendu rapporter l'observation dans une des séances de la Société médicale d'Emulation de Paris, alors que nous en étions un des secrétaires particuliers : un individu reçoit dans l'aine un coup assez violent, qui est suivi de l'apparition d'une tumeur un peu volumineuse, et dans laquelle semble bientôt se faire sentir de la fluctuation. Le chirurgien auquel s'était confié ce malade, croyant avoir affaire à une tumeur inflammatoire, y plonge le bistouri, et au lieu de pus il en voit sortir des matières fécales. Ici sans doute l'erreur était facile : on devait bien plutôt en effet soupçonner l'existence d'un abcès que celle d'une hernie, et c'est peut-être le seul cas où une contusion portée directement sur l'aine ait déterminé la sortie des intestins à travers le canal inguinal. Que l'homme de l'art se tienne donc continuellement sur ses gardes, et ne juge jamais de l'effet par la cause seulement!

Un cas de diagnostic fort difficile encore, est celui dans lequel, en même temps qu'il existe une hernie, il existe aussi un état pathologique d'une des glandes de l'aine. La hernie crurale commençante peut surtout, alors qu'elle est peu volumineuse encore, être facilement confondue avec un ganglion. Depuis long-temps Verheyen (1) en avait fait la remarque, dont la justesse a été confirmée depuis un grand nombre de fois, et entr'autres par Richter et Else. Les suites fâcheuses qu'une méprise de ce genre entraîna chez un malade dont ce dernier (2) rapporte l'observation, seraient bien suffisantes pour engager le chirurgien à suivre le conseil donné par ces deux écrivans, d'inciser la tumeur avec ménagement pour s'assurer de sa véritable nature (3).

Dans le cas suivant le docteur Bradley (4) évita l'erreur dans laquelle étaient tombés plusieurs chirurgiens. Il s'agit d'une femme qui, depuis quatorze ans, portait une tumeur dans l'aine droite. Pendant ce laps de temps elle consulta plusieurs chirurgiens, parmi lesquels il y en avait de distingués, qui, pensant qu'elle était affectée d'un bubon vénérien, lui prescrivirent un traitement mercuriel. M. Bradley, consulté à son tour, examina la malade avec soin, et crut reconnaître qu'il existait dans l'aine droite deux tumeurs placées l'une à côté de l'autre et sur le même plan horizontal. L'une, située extérieurement, était dure, plus circonscrite et plus proéminente; l'autre, au contraire, était plus molle, plus diffuse, et avait une base plus large. Celle-ci diminuait souvent par le décubitus sur le dos, mais ne disparaissait jamais entièrement. Persuadé que cette dernière était une hernie, M. Bradley conseilla un bandage qui devait être appliqué seulement sur elle; mais la malade négligea ce conseil, et après un effort elle fut prise de tous les accidens d'un étranglement qui, au bout de quelques jours, nécessita le débridement. L'opération démontra qu'à la partie inférieure et externe du sac herniaire existait une tumeur intimement unie au sac. Un examen plus attentif fit reconnaître un ganglion inguinal malade.

Si les premiers chirurgiens qui furent consultés se fussent comportés comme le docteur Macilwain, dans l'observation

(1) Traité des hernies, trad. par Béclard et J. Cloquet. Paris, 1818. In-8°.

(2) Dictionnaire de chirurgie-pratique, article Hernie.

(3) Médecine-opératoire. T. I.er, p. 155.

(4) Transactions médicales. T. III, p. 292.

(1) *Corp. hum. anatomia.* Lib. 1, cap. 7, *de Peritonoeo*, p. 51.

(2) *London médical observations and inquiries.* T. IV, p. 345.

(3) J. B. Ant. Ducros. Recherches anat. et path. sur la hernie crurale, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Thèse. Montpellier, 1817. N.° 82, p. 17.

(4) *The medical and physical Journal.* T. XXIV, p. 112.

que nous allons rapporter, ils eussent pu éviter l'erreur dans laquelle ils sont tombés. Nous pensons que, toutes les fois qu'il restera du doute, on devra imiter l'exemple de ce médecin; nous disons du doute, car souvent avec de l'attention on pourra facilement reconnaître la nature diverse des tumeurs que l'on observe. C'est du moins ce qui nous est arrivé dernièrement chez une femme d'une conduite suspecte, et qui, atteinte d'une hernie crurale très-petite, offrait en même temps quelques ganglions engorgés.

« Une femme, dit M. Macilwain, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait dans l'aine. En examinant la malade, je découvris une glande engorgée et enflammée dans l'endroit qu'occupe habituellement la hernie crurale, ne présentant rien de remarquable qu'une impulsion très-obscure pendant la toux. Je lui ordonnai d'appliquer des cataplasmes, de garder le repos, de prendre quelques laxatifs, et de revenir au bout de quelques jours. Elle revint en effet au bout d'une semaine; alors le gonflement de la glande avait disparu, et il fut facile de reconnaître une petite hernie intestinale (1). » Ces faits, et d'autres analogues, prouvent toute la justesse de la réflexion qu'a faite M. Manec (2), qui dit : « Une chose digne de remarque, et à laquelle on n'a pas fait assez attention, c'est que la hernie crurale détermine presque toujours l'engorgement des ganglions de l'aine. » Que cette circonstance soit donc toujours présente à l'esprit du chirurgien, afin d'éviter des erreurs qui ont été plus d'une fois commises.

C'est surtout quand il s'agit de prononcer sur la nature d'une tumeur peu volumineuse de l'aine, que l'homme de l'art ne saurait s'entourer du trop de précautions avant de porter son diganostic, car rarement les hernies incomplètes, qui seules alors peuvent être méconnues, donnent lieu à des accidens graves, et souvent même il y a absence complète de tout symptôme caractéristique. Notre ami, M. Dezeimeris, nous a rapporté qu'une personne de sa connaissance avait, dans la région inguinale, une tumeur dure, peu volumineuse, accompagnée de quelques coliques et d'un peu de difficulté à aller à la selle, et qui, pendant un mois, fut traitée comme un engorgement glandulaire par plusieurs médecins de Bordeaux d'une grande réputation. Les émolliens furent employés pendant environ trois semaines, temps au bout duquel la tumeur s'ouvrit et donna passage aux matières fécales. Il paraît que la portion d'intestin comprise dans la hernie était très-voisine de l'estomac, car la malade ne tarda pas à périr d'inanition. Cette tumeur n'était donc qu'une hernie inguinale incomplète; et ce qui dans ce cas a pu rendre le diagnostic obscur, et faire méconnaître la véritable nature de la tumeur, c'est que, dans les efforts de la toux, la main appliquée sur cette même tumeur, ne percevait point cette sensation particulière que tout le monde connait et qui est si caractéristique.

(1) *Surgical observations to wich are added remarks on tracheotomy, and on Essay on the diagnosis of hernial and other tumours on the groin.* Londres, 1830, in-8.°, p. 307.

(2) Diss. inaug. sur la hernie crurale. Paris, 1826, in-4. N.° 190, fig., p. 34.

Mais si l'homme de l'art est, jusqu'à un certain point, excusable de s'être trompé dans les cas que nous venons de signaler, il n'en peut plus être ainsi dans ceux où, en même temps qu'il existe une tumeur à l'aine, on observe aussi une constipation opiniâtre, des coliques violentes et suivies de vomissemens. Cependant, même alors, des méprises fâcheuses ont été commises. Le docteur Alin, auquel nous devons une bonne *dissertation sur la hernie incomplète* (1) nous en a transmis une observation intéressante. Depuis, un assez grand nombre de faits semblables ont été publiés et parmi eux nous choisirons le suivant, qui n'a pas besoin de commentaire.

Un maçon en soulevant une forte pierre, ressentit une vive douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, et remarqua dans cet endroit une petite tumeur qui disparaissait par la pression, en faisant entendre un léger gargouillement. Pendant long-temps cette tumeur ne donna lieu à aucun accident remarquable; mais plus tard le malade y ressentit une douleur très-vive et fut contraint de garder le lit : il survint des nausées et par intervalle des vomissemens, de la constipation, ou une grande difficulté dans l'émission des matières fécales. Malgré ces symptômes on regarda cette petite tumeur comme un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, et on se contenta d'y faire appliquer des cataplasmes émolliens. Plus tard le malade entra à l'hôpital St-Éloy à Montpellier. Un examen peu attentif fit croire à une simple inflammation de la région inguinale. On appliqua des cataplasmes émolliens; mais la fluctuation de la tumeur devenant de plus en plus évidente, on fit une ponction qui donna issue à du pus, à des gaz fétides et quelques jours après à des matières fécales (2). On trouve dans la *Bibliothèque médicale* (3) une observation toute semblable à la précédente, et M. Lawrence (4) en rapporte également une dans laquelle la tumeur ressemblait tellement à une glande engorgée par ses caractères extérieurs, qu'on ne pratiqua pas l'opération, malgré la présence des signes de l'étranglement, et la mort du sujet fournit l'occasion de reconnaître que la maladie avait été occasionée par la sortie de l'intestin. De ce dernier fait découle, comme conséquence nécessaire, le précepte d'opérer lorsque les symptômes de l'étranglement existent, alors même que les caractères de la tumeur laissent du doute sur sa véritable nature.

Ce sont surtout les hernies de l'épiploon qui ont le plus fréquemment donné lieu à l'erreur dont nous parlons. Ainsi, quand une hernie inguinale est uniquement formée par une portion peu considérable de l'épiploon, celle-ci peut contracter des adhérences avec l'anneau inguinal, devenir immobile, irréductible, et faire croire à l'existence d'un bubon. J. L. Petit, qu'on est obligé de citer si souvent quand on s'occupe de chirurgie, a été fréquemment témoin de faits de cette espèce, et si, dans quelques cas, il a été appelé assez tôt pour préserver les malades de toute incision, il en est aussi dans lesquels le mal était consommé. C'est

(1) Thèse. Paris, 1802; in-8°.

(2) Ephémérides de Montpellier. 1826. T. 1er, p. 145.

(3) T. XXIX, p. 88.

(4) *Loc. cit.*, p. 412.

ainsi qu'il nous apprend (1), qu'un jeune homme ayant une tumeur à l'aine, un chirurgien y plongea une lancette, croyant inciser un bubon abcédé ; au lieu de pus, il sortit des matières fécales. Les auteurs renferment un assez grand nombre de faits semblables que nous croyons inutile de multiplier ici.

Mais ce n'est pas seulement pour des bubons que les hernies épiploïques en ont imposé. Quelquefois elles ont donné lieu à d'autres méprises, et de toutes, la plus fréquente est sans contredit celle qui consiste à regarder comme un troisième testicule une masse arrondie d'épiploon hernié. Nous sommes bien loin de vouloir nier la possibilité de l'existence d'un testicule surnuméraire ; mais jusqu'à présent peu ou point d'autopsies sont venues confirmer cette donnée anatomique, qui, pour devenir vérité, a besoin d'être sanctionnée par des dissections bien faites; car, Morgagni s'est assuré par ce moyen qu'une petite tumeur que l'on avait prise pour un troisième testicule n'était qu'une hernie épiploïque. Valsalva et M. Fleury avouent aussi avoir commis cette erreur (2). Warner (3) a ponctionné une tumeur qu'il prenait pour une hydrocèle : c'était une *épiplocèle transparente ;* la maladie existait chez un enfant. Lemercier (4), croyant inciser une hydrocèle, trouva une épiplocèle pleine d'hydatides. La fluctuation avait trompé ce chirurgien. Enfin, dans quelques cas, on a vu l'épiploon adhérent au testicule et pelotonné sur lui-même, en imposer pour un sarcocèle (5). Pipelet, dans son mémoire sur les signes illusoires des hernies épiploïques, rapporte des faits plus ou moins analogues (6).

Hernies de la vessie.—La hernie de la vessie est celle sur laquelle la science a été le plus long-temps imparfaite ; aussi a-t-elle souvent donné lieu à des méprises plus ou moins fâcheuses. On l'a surtout confondue avec l'hydrocèle. Mery (7) a commis cette erreur sur le général de la congrégation d'une maison religieuse, mais la méprise ne dura qu'un instant ; la pression de la tumeur et l'excrétion simultanée de l'urine découvrirent bientôt la nature de l'hydrocèle supposée. Pott a soustrait un enfant à une opération douloureuse, dans un cas où des chirurgiens regardaient une hernie comme un testicule devenu squirrheux.

Dans tous les cas où, comme dans ceux qui précèdent, il sera possible, en comprimant la tumeur, de faire repasser dans la cavité de la vessie le liquide contenu dans la portion herniée de ce viscère, et de déterminer par là le besoin d'uriner, il sera toujours facile de reconnaître la nature de la maladie. C'est à l'aide de ces symptômes que l'erreur dont nous parlons a été évitée par Beaumont (1), Petit (2), Le Père et Verdier (3). Mais si, comme Bertrand l'a vu, la portion de la vessie qui fait hernie à travers l'anneau inguinal s'y trouve comprimée de manière que l'urine qui y est contenue ne puisse repasser dans le ventre, on conçoit qu'alors il serait facile de prendre cette affection pour une hydrocèle enkystée, et les signes commémoratifs pourraient seuls empêcher de tomber dans l'erreur. C'est encore dans des cas de cette espèce que l'urine, ne pouvant que très-difficilement repasser de la poche accidentelle dans la cavité vésicale, a donné lieu à la formation de calculs plus ou moins volumineux et qui, par leur volume, leur dureté, en ont imposé pour diverses maladies. Verdier (4) nous apprend qu'un calcul, ainsi renfermé dans la portion herniée de la vessie, fut pris pour un bubon, que le chirurgien employa le caustique, et que la chute de l'escarre fut suivie d'une fistule d'où l'urine sortait continuellement. Près de deux siècles auparavant, Jean Dominique Sala (5) avait vu un homme tourmenté des accidens de la pierre que l'on n'avait pu reconnaître par l'introduction de la sonde et que l'on découvrit après la mort, dans une portion de la vessie passée dans un des côtés du scrotum. Stalpart Vanderwielle (6) cite plusieurs faits plus ou moins analogues.

Signalons encore quelques erreurs principales auxquelles a donné lieu la hernie de la vessie. Plater (7), appelé auprès d'un pêcheur tourmenté par les accidens d'une rétention d'urine que rien n'avait pu détruire, les attribua à une tumeur qui occupait *le scrotum en s'étendant jusque dans l'aine.* Il l'incisa, et aussitôt une grande quantité de liquide s'échappa avec impétuosité, et le malade se trouva soulagé. Cette tumeur était formée par la vessie. Chez un individu qui mourut trois jours après l'opération de la taille, et qui portait une hernie de la vessie, la portion de cette poche étranglée par l'anneau inguinal gauche était gangrénée ; le reste de la vessie, qui était peu considérable, était en bon état (8). Il est possible que les symptômes résultant de l'étranglement de la vessie furent attribués aux suites de l'opération.

Si la hernie de la vessie à travers l'anneau inguinal a donné lieu à plusieurs méprises, quoique depuis long-temps les gens de l'art soient instruits de la possibilité de cet accident, on conçoit qu'elles ont dû être fréquentes aussi, alors que cette poche s'échappe par une ouverture accidentelle des parois abdominales. Ainsi M. Aussandon (9) assistant une femme dans le travail de l'enfantement, découvrit, en portant le doigt à l'orifice de la vulve, une tumeur élastique qu'il prit d'abord pour la poche des eaux de l'amnios. Mais bientôt ayant observé que cette tumeur ne changeait pas d'état, il examina les choses de plus près, et finit par re-

(1) Traité des maladies chirurgicales. 1774. Paris. T. II, p. 295.
(2) Mollet. Diss. inaug. sur les signes diagnostiques des différentes tumeurs du scrotum. Paris, 1803, in-8°, p. 23.
(3) Richter. Traité des hernies. T. II, p. 5.
(4) Mémoires de l'Académie de chirurgie. T. V, p. 655.
(5) Cruveilhier. Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques. T. I, p. 339.
(6) Mémoires de l'Académie de chirurgie. T. V, p, 643.
(7) Académie des sciences. Année 1773.

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie. T. II, p. 15.
(2) *Ibid.*, p. 17.
(3) *Ibid.*, p. 23.
(4) *Ibid.*, p. 13.
(5) Th. Bartholin. Hist. anat. ; cent. IV, hist. XXVIII.
(6) Observ. méd.-chir., obs. XC et XCI.
(7) Observat., lib. III, p. 830. *Basileæ*, 1680.
(8) Encyclopédie méthodique, part. méd. T. II, p. 442.
(9) Bibliothèque médicale, T. XXIX, p. 366.

connaître que ce qu'il avait pris pour la poche des eaux était une cystocèle vaginale, qui s'était formée subitement. Une algalie introduite par le canal de l'urètre donna issue à toute l'urine contenue dans cette tumeur, qui fut ensuite réduite avec facilité, et l'accouchement se termina heureusement. Robert, chirurgien de Lille, avait déjà bien auparavant communiqué une observation presque semblable à l'Académie royale de chirurgie (1), mais il évita toute méprise, éclairé par ces circonstances que la femme éprouvait de fréquentes envies d'uriner, accompagnées de quelques douleurs; que la tumeur ne partait point de l'orifice de la matrice, et qu'elle n'était pas attachée à toute la circonférence du vagin, mais seulement à la paroi de ce canal qui répond au pubis. Si l'erreur fut évitée dans les observations précédentes, il n'en fut pas de même dans un cas que nous devons à notre célèbre Chaussier (2), et dans lequel la hernie de la vessie fut prise pour la tête d'un enfant, et les douleurs pour les signes d'un nouveau travail (la femme était accouchée quelques jours auparavant). Le chirurgien fit long-temps des manœuvres inconsidérées sur la tumeur, et croyant la tête prodigieuse il parlait déjà de fers et de la nécessité de les enfoncer dans la tête de l'enfant, lorsque Chaussier arriva et reconnut de suite le cas pathologique qui s'offrait à lui. Cette erreur est des plus grossières, et restera long-temps sans doute l'unique dans son genre. Cependant il existait des symptômes de hernie de vessie tellement caractéristiques, que tout homme un peu instruit l'aurait reconnue. Ces symptômes, que nous croyons inutiles de rappeler ici, suffirent à M. Brun, médecin de Montpellier, pour reconnaître une hernie vésicale, d'après les détails qui lui furent donnés sur la maladie. Une jeune personne (3) était depuis quelques années attaquée assez souvent de coliques qui disparaissaient assez promptement, et quelquefois presque subitement. « Je remarquais ensuite, écrivait la malade, que toutes les fois qu'elle (la colique) me prenait, j'urinais très-peu, sans cependant avoir de rétention d'urine, et que lorsqu'elle me quittait j'urinais abondamment; de sorte que toutes les fois qu'il m'arrivait de rendre une grande quantité d'urine, j'étais sûre que la colique et la tumeur se dissipaient, ou du moins diminuaient beaucoup. » Malgré ces symptômes si caractéristiques, des médecins et des chirurgiens plus ou moins distingués avaient, *pendant huit ans*, méconnu une hernie de vessie qui existait entre l'ombilic, les fausses côtes et la crête de l'os des îles. Cette méprise n'eut d'autre inconvénient que de prolonger les souffrances de la malade qui fut promptement soulagée aussitôt que la nature de sa maladie eut été reconnue. Il en fut tout autrement dans une circonstance analogue, car la tumeur formée par la vessie fut regardée comme due à une accumulation de matières purulentes, et largement ouverte. M. Souville (4), chirurgien de Calais, à qui nous devons ce fait, avait parfaitement reconnu la nature de la tumeur, mais il ne put jamais convaincre ni le chirurgien ordinaire, ni plusieurs autres de ses collègues qui furent appelés en consultation.

La complication d'une hernie entéro-épiploïque avec une hernie de la vessie, peut empêcher de reconnaître l'existence de cette dernière. C'est ce qui est arrivé au malade dont M. Ribell (1), de Perpignan, a publié l'observation si intéressante, et qui, *pendant trente ans, fut traité d'une dysurie dépendant d'une cystocèle, et attribuée à une prétendue humeur dartreuse fixée sur le canal de l'urètre et le col de la vessie.* Dans ce cas il y eut d'abord une hernie congéniale du côté gauche (il existait en même temps une hernie du côté droit, mais réductible), qui n'étant pas soutenue grossit sensiblement, et plus tard se compliqua de la sortie de la vessie : c'est alors aussi qu'apparurent les symptômes de la dysurie. M. Ribell, prévenu par les rapports du malade, qui accusait toujours, comme cause des accidens qu'il éprouvait, *sa dartre fixée au col de la vessie* et de nombreux rétrécissemens de l'urètre, eut de la peine d'abord à établir son diagnostic, et ce ne fut qu'en procédant par voie d'exclusion, voie si fertile en résultats avantageux, et en fixant son attention sur les hernies que portait le malade, et dont il avait à peine parlé, les ayant jusqu'alors considérées comme tout-à-fait étrangères à sa maladie, qu'il parvint à reconnaître la véritable cause du mal. Il résulta en effet des investigations auxquelles se livra M. Ribell, que la dysurie était d'autant plus forte que la hernie inguinale gauche était plus volumineuse; que si le malade éprouvait le besoin d'uriner au moment où la hernie était petite, l'émission des urines était facile et avait lieu par jet, et que si, pendant ce temps, la hernie s'échappait au-dehors ou grossissait, le jet de l'urine se supprimait brusquement; et que l'expérience avait appris au malade qu'en soulevant la hernie, de manière à en rendre le collet le point le plus déclive, il pouvait uriner plus facilement et en plus grande quantité. Enfin, comme si quelque doute fût encore resté dans son esprit, M. Ribell se livra à quelques expériences, et il observa que le malade ayant, pendant quatre heures, conservé ses urines et se tenant debout, le cathétérisme ne donna issue qu'à quatre cuillerées d'urine qui s'écoula de nouveau après qu'on eut réduit la hernie; et qu'en injectant deux verres d'eau dans la vessie, le volume de la hernie augmenta d'une manière très-sensible, quoique le malade restât couché, et que la tumeur, surtout vers son collet, devint le siége d'une fluctuation très-sensible. Malheureusement le malade ne retira pas grand bénéfice de ce diagnostic si bien établi, en raison des adhérences que la vessie avait contractées en dedans, adhérences dont l'existence était suffisamment établie par l'impossibilité de réduire complétement la hernie, et par la continuité non interrompue de la difficulté d'uriner.

Hernie vaginale. — Nous venons de voir que la hernie vésico-vaginale avait plusieurs fois donné lieu à diverses méprises. L'entérocèle vaginale a également été confondue avec d'autres maladies, surtout à une époque où cette her-

(1) Mémoires. T. II, p. 33.

(2) Bibliothèque médicale. T. XLII, p. 208; et Leblanc, Précis d'opérations de chirurgie. T. II, p. 368.

(3) Ancien Journal. T. XXI, p. 426.

(4) Ancien Journal. T. LXXXVII, p. 87.

(1) Nous avons oublié, à l'époque où nous prîmes note de ce fait, d'indiquer la source où nous l'avons puisé.

nie était peu connue encore. Garmann (1) rapporte qu'une femme avait une tumeur qui partait d'une des branches latérales du vagin, et qui sortait par l'orifice de ce conduit. Un chirurgien, la prenant sans doute pour un abcès, y porta le bistouri, et l'incision donna aussitôt issue au cœcum et à une grande partie du colon. La malade mourut bientôt après. Gunz (2) dit qu'une femme eut dans le vagin, à la suite d'un accouchement difficile, une tumeur semblable à celle dont il est question dans l'observation précédente : plusieurs chirurgiens furent consultés, et tous crurent qu'elle n'était produite que par une chute du vagin. Mais Lemaire, chirurgien de Strasbourg, reconnut l'existence d'une entérocèle vaginale, et la maintint réduite au moyen d'un pessaire ou éponge. Enfin Beauchêne (3) recueillit en 1813, l'observation d'une femme âgée de 45 à 50 ans, que l'on envoya à l'hôpital Saint-Antoine, comme atteinte d'une chute de matrice et d'un ulcère au col de cet organe. Un examen attentif fit reconnaître à ce chirurgien que le museau de tanche était parfaitement sain, et que la tumeur que l'on avait cru formée par la matrice descendue était due à une portion de l'intestin rectum formant hernie à travers l'écartement des fibres de la partie postérieure du vagin. Quelques moyens hygiéniques, des lavemens et un pessaire en bondon, furent les moyens conseillés à cette femme, que l'on avait déjà jugée atteinte d'une maladie incurable.

Hernie ovalaire. — Les hernies par le trou ovalaire sont assez rares : cependant elles se rencontrent dans la pratique, et si des cas analogues à celui décrit par Garengeot (4) se présentaient, on pourrait commettre une méprise. Ce chirurgien rapporte qu'une demoiselle avait une hernie du trou ovalaire. Malaval entreprit de la réduire, et fit effectivement rentrer l'intestin, mais il resta toujours quelque chose qui ne put se réduire, et qu'il soupçonna être l'épiploon. En effet, ayant mis à découvert le sac herniaire, il trouva dans son intérieur une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix, qui aurait pu, en raison de sa situation à la partie interne et supérieure de la cuisse, en imposer pour une glande lymphatique hypertrophiée. Garengeot ajoute que d'habiles chirurgiens ont traité pendant quelque temps une hernie de ce genre pour un abcès, et qu'ils ne s'aperçurent de leur erreur que, parce qu'en pressant la tumeur pour tâcher de sentir la fluctuation, ils la firent rentrer. Depuis l'époque à laquelle écrivait Garengeot, cette espèce de hernie s'est présentée plusieurs fois; mais toujours, sans doute parce que la tumeur était peu volumineuse, elle a été méconnue, et on a attribué à un étranglement interne les symptômes que l'on observait. Il en fut ainsi dans deux cas publiés, l'un par M. Jules Cloquet (5), et l'autre par le docteur Mareschal (6). Dans un fait publié plus récemment (7), on attribua la constipation qui existait ordinairement, à l'état sédentaire de la personne qui en était atteinte. Une petite portion seulement de l'intestin était pincée, et ne pouvait faire saillie ou tumeur à l'extérieur. L'auteur de cette observation pense que la constipation, la douleur de l'aine et l'engourdissement de la jambe gauche, côté où existait la hernie, auraient dû mettre sur la voie d'un diagnostic plus exact.

Hernies crurales et inguinales prises les unes pour les autres. — Il est toujours important de ne pas tomber dans cette erreur, et parce que la manière de réduire et d'exercer le taxis varie dans l'une et l'autre espèce de hernie, et parce que toujours une hernie étranglée, quelle qu'elle soit, doit être attaquée par la partie correspondante à son collet. Avant Verheyen, la hernie fémorale avait toujours été confondue avec la hernie inguinale : il démontra (1) le premier que les viscères du bas-ventre pouvaient passer derrière le ligament de Fallope, en suivant le trajet des vaisseaux iliaques, et venir former une tumeur au pli de l'aine. Quelque positives que soient aujourd'hui nos connaissances sur ce point de chirurgie, il peut se rencontrer des circonstances particulières qui induisent en erreur des praticiens même distingués. Ainsi il arrive quelquefois que la hernie crurale devenant plus volumineuse se porte en haut et en dedans, au-devant de l'arcade crurale, et simule une hernie inguinale. Richter (2) a vu commettre cette erreur par des chirurgiens très-expérimentés. S. Cooper (3) a été témoin de semblables méprises ; et Pelletan (4) avoue avec candeur qu'il a lui-même opéré de ces hernies qu'il croyait avoir leur issue par l'anneau, et qu'il n'a reconnu son erreur qu'après avoir ouvert le sac. M. Marjolin (5) a aussi rencontré un cas où il lui fut impossible, avant l'opération, de reconnaître si la tumeur était inguinale ou crurale. Le sujet de cette observation était un ivrogne d'un embonpoint excessif, et âgé de 60 ans. Il portait dans l'un des côtés du scrotum, une tumeur volumineuse qui s'étrangla. Au moment de l'opération, l'on s'aperçut que le malade avait à l'aine des cicatrices nombreuses et très-adhérentes, et que la tumeur semblait se diriger vers l'arcade crurale pour rentrer dans l'abdomen. Cette circonstance fit soupçonner que c'était une hernie fémorale. L'incision fut dirigée en conséquence, et quand le sac fut ouvert l'on vit clairement que la tumeur avait franchi l'arcade crurale, et qu'elle s'était dirigée ensuite vers le scrotum, probablement à cause de la résistance que les cicatrices de l'aine avaient opposée à son accroissement. L'autopsie confirma tous ces faits.

La hernie inguinale interne ou directe est assez commune chez l'homme : chez la femme au contraire elle est extrêmement rare. Lawrence et Hesselbach en rapportent chacun un fait. Un cas semblable a fait tomber M. Roux dans une méprise qui aurait pu être fâcheuse. Une femme est appor-

(1) Leblanc, *loc. cit.* T. II, p. 270.
(2) *Libellus de herniis.* Lipsiæ, 1744, p. 84.
(3) Bibliothèque médicale. T. XLII, p. 105.
(4) Mém. de l'Acad. de Chirurgie. T. I, p. 714.
(5) Journal de Leroux, Boyer, Corvisart. T. XXV.
(6) Journal des Progrès. T. X.
(7) Gazette médicale. 1833.

(1) *Corporis humani anatomia.* Louvain, 1693, p. 50.
(2) *Loc. cit.*, p. 243.
(3) Dictionnaire de chirurgie-pratique. Article Hernie.
(4) Clinique chirurgicale. T. III, p. 327.
(5) J. J. Rousseau, Essai inaugural sur la hernie fémorale. Paris, 1819, in-4°, N° 154, p. 21.

tée à la Charité : un peu au-delà de la moitié interne du pli de l'aine du côté droit existe une tumeur un peu moins grosse qu'un petit œuf de poule, dont le diamètre transversal est un peu plus considérable que celui qui mesure la hauteur. La malade ayant étendu la cuisse, la tumeur parut moins oblongue, plus arrondie, et le doigt put aisément suivre sa base dans toute l'étendue de son contour. M. Roux, après l'avoir examinée avec attention, la jugea être une hernie crurale. Après l'ouverture du sac, une sonde cannelée fut introduite du côté interne de l'anneau dans la direction du ligament de Gimbernat. Une partie tendineuse fut coupée, et à l'aide de ce débridement la réduction opérée. La malade mourut. L'autopsie fit reconnaître qu'on s'était trompé en regardant cette hernie comme une hernie crurale : elle était inguinale, et l'intestin, au lieu de s'être engagé par l'orifice supérieur du canal inguinal, avait passé directement d'arrière en avant, entre les deux piliers de l'anneau, après avoir traversé l'aponévrose du muscle transverse et de l'oblique interne. Le pilier interne de l'anneau avait été divisé, mais le ligament de Gimbernat était intact. L'artère épigastrique se trouvait à un pouce à-peu-près en dehors du col du sac. On voit qu'ici, malgré l'erreur du diagnostic, l'opération, par un heureux hasard, a été pratiquée comme elle devait l'être, le débridement ayant eu lieu en dedans.

C'est ici le lieu de parler d'une espèce de hernie que M. Laugier, chirurgien de l'hôpital Necker, a décrite le premier d'après un fait qui s'est offert à son observation. Cette hernie se fit *à travers le ligament de Gimbernat*. Le médecin qui le premier fut appelé, la considérant comme inguinale, recourut à des efforts de taxis qui n'eurent pour résultat que le froissement et l'inflammation de l'intestin. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Laugier, sans reconnaître le vrai caractère de la hernie, dont aucun fait antérieur ne pouvait même lui faire soupçonner la possibilité, fit cependant remarquer combien il était également difficile de se prononcer dans ce cas pour une hernie inguinale ou pour une hernie crurale, puisque, d'une part, la tumeur sortait au-dessous du canal inguinal, et paraissait en dehors et au-dessous de l'anneau, et que, d'autre part, l'artère crurale faisait sentir ses battemens au côté externe de la base de la hernie, à la distance de plus d'un travers de doigt, et que la tumeur semblait plus en dedans que la hernie crurale ordinaire. Cependant obligé de choisir entre la hernie crurale et la hernie inguinale, l'auteur crut plus facilement à l'existence de la première, et il opéra d'après cette opinion.

Pour les détails curieux de l'opération, et les réflexions qu'ont suggérées à M. Laugier toutes les circonstances de ce cas nouveau et intéressant, nous renvoyons le lecteur à la *note* que ce chirurgien a publiée dans ce journal. Nous nous bornerons seulement à remarquer que ce fait établit positivement la possibilité d'une hernie *à travers le ligament de Gimbernat*, circonstance ignorée jusqu'à ce jour, et qui a besoin de recevoir une grande publicité pour que l'on puisse à l'avenir éviter l'erreur qui fut commise ici. Nous recommandons encore la lecture attentive du travail de M. Laugier, comme pouvant guider l'opérateur dans un cas semblable.

(*La suite au prochain Numéro.*)

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (observations recueillies dans le service de M. le professeur ANDRAL), *par* MAX. SIMON, *D. M. P.* (IIe. partie).

Dans la première partie de ce mémoire, nous nous sommes attaché à bien déterminer l'action physiologique des agens purgatifs sur les divers appareils organiques. Si nous ne nous abusons, il en résulte clairement que la perturbation que ces agens occasionnent dans l'économie est de courte durée, qu'elle ne constitue point un état pathologique, qui s'ajoute à celui que l'on veut combattre, que la thérapeutique conséquemment peut y avoir recours. Mais cette innocuité d'un agent, dans l'action qu'il exerce sur l'organisme, ne suffit point ; il est besoin, de plus, que la perturbation dont il est capable puisse tourner au profit de quelque organe malade. Les purgatifs jouissent-ils de cette importante propriété ? Toute l'antiquité l'a dit, ce n'est que dans les temps modernes que quelques hommes ont cru devoir professer une opinion contraire.

Ire *Série — Appareils de la respiration et de la circulation.*

Obs. Ire — *Bronchite chronique élevée à un certain degré d'acuité depuis quelques jours.*—Un charretier, âgé de 61 ans, habitant Paris depuis treize ans, est, depuis cinq années environ habituellement enrhumé. Ce n'est que depuis quelque temps, un an peut-être, que la respiration a commencé à devenir difficile. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Dans ces derniers temps il a été forcé souvent de coucher sur la paille, exposé à la rigueur du froid ; c'est à cette circonstance qu'il croit devoir attribuer l'exaspération qu'a subie son rhume habituel, et qui l'a conduit à la Pitié. Couché au N° 12 de la salle Saint-Léon, il nous présente l'état suivant : l'embonpoint est ordinaire, la face offre une teinte violacée, à-peu-près uniforme, les mains sont agitées de secousses involontaires, que le malade attribue, de lui-même, aux excès alcooliques auxquels il s'est souvent livré ; les voies digestives n'offrent rien d'anormal à noter, si ce n'est une diminution d'appétit ; le pouls donne 116 pulsations ; il y a 26 respirations par minute. La parole est haletante ; la respiration, sifflante, est laborieuse et fortement costale ; par la percussion, résultats complétement négatifs. A l'auscultation nous entendons un râle crépitant dans un grand nombre de points de la poitrine ; en arrière et à droite, il est mêlé à du râle sibilant ; en arrière et à gauche bruit d'expiration très-prononcé. Rien d'appréciable au cœur, dont les battemens sont en grande partie masqués par les râles. M. Andral prescrit une saignée de 4 palet. Potion gom. Infus. de violettes. Diète. Le sang tiré de la veine nous offre un caillot large, de consistance ordinaire, partiellement décoloré à sa surface, peu de sérosité. Aucun changement appréciable dans l'état du malade. Cet état demeure le même pendant quatre ou cinq jours ; alors un accès de dyspnée très-fort arrive. Le lendemain de cet accès le pouls donne encore 108 pulsations ; on remarque un peu d'irrégularité dans les battemens de l'artère ; la respiration est à 24. Un râle muqueux prononcé, qui masque les bruits du cœur, existe en avant de la poi-

trine des deux côtés, à gauche et en arrière. Il y a, à la fois, du râle muqueux et du râle crépitant ; à droite la respiration est très-faible ; rien vers les voies digestives. (Un pot d'eau d'orge avec sulfate de soude ℥i et tartre stibié un demi-gr. Une soupe, deux bouillons). Ce purgatif provoque dix selles sans coliques. Le pouls tombe à 84 et n'offre plus l'irrégularité qu'il a présentée hier ; au lieu de 24 respirations par minute il n'y en a plus que 16 ; on n'entend plus de râles à la partie antérieure de la poitrine, ils existent encore en arrière. Le malade sort.

Il n'est point de cas où, d'après notre manière habituelle de juger les choses aujourd'hui, une saignée générale fût plus nettement indiquée. L'intensité du mouvement fébrile, l'accélération de la respiration, etc., tout concourait à fonder cette indication. On voit évidemment pourtant qu'elle n'amène aucun résultat, et après une expectation de cinq jours, le malade est pris d'un violent accès de dyspnée, un mouvement fébrile intense se manifeste, l'auscultation démontre que la muqueuse bronchique est le siége d'une vive congestion ; c'est alors que le purgatif est administré. Dès le lendemain, la muqueuse digestive est revenue à l'état normal ; le pouls, de 108, est tombé à 84, la dyspnée a cessé, les divers râles, entendus la veille, n'ont point encore entièrement disparu, mais déjà ils sont bien plus rares qu'ils n'étaient. Il est fâcheux que ce malade, émerveillé de cette rapide amélioration, se soit si vite soustrait à notre observation. Ce mieux se sera-t-il soutenu ? S'il nous est permis de juger d'après des faits analogues, nous le croyons.

Obs. IIe — *Hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités; bronchite chronique.*—Un tourneur en bois, âgé de 53 ans, habitant la campagne, arrivé à Paris le 29 novembre, entre le lendemain à l'hôpital. A l'âge de 12 ans il a commencé à être sujet au rhume, surtout l'hiver. Depuis sa première jeunesse il a l'haleine courte. Depuis 15 ans il est asthmatique ; il n'a jamais eu d'hémoptysie ni d'épistaxis. Il a eu, de temps en temps, des hémorrhoïdes. Pendant toute sa vie enfin, il a été sujet à des douleurs rhumatismales. Le 30 novembre, le malade nous offre les symptômes suivans : face et lèvres légèrement violacées, membres supérieurs un peu œdématiés, infiltration considérable des membres inférieurs, ascite légère. Langue saine, soif assez vive, appétit conservé, ventre indolent dans tous les points, selles normales ; pouls très-fréquent, filiforme, tellement irrégulier que le nombre des pulsations n'en peut être compté. Matité à la région du cœur dans une grande étendue ; battement irrégulier avec impulsion assez forte, sans bruit particulier, ne s'entendant que faiblement sous la clavicule droite, s'entendant assez fortement sous la gauche. Percussion normale sous les deux clavicules ; en avant, des deux côtés, respiration obscurcie par des râles muqueux et ronflant, en arrière râles muqueux sous-crépitans, disséminés çà et là ; respiration haute, costale, 28. Râle muqueux laryngien.

Comme dans l'observation précédente, M. Andral commence encore ici par prescrire une saignée de quatre palettes ; le sang ne présente point de couenne. Le malade a bien reposé la nuit, il dit être soulagé ; cependant nous ne notons aucun changement dans l'état des organes thoraciques, le pouls a toujours le même caractère, l'œdème des membres est le même. 12 grains de calomel sont prescrits, ils déterminent quatre selles très-liquides ; nous comptons 22 respirations : le pouls, qui peut être compté pour la première fois, donne 84 pulsations par minute, mais il est toujours irrégulier, très-petit. Du reste, l'état est le même. On laisse un jour de repos au malade. Le 4, on recourt de nouveau à un purgatif, on prescrit un pot d'eau d'orge avec une once de sulfate de soude et un demi-grain d'émétique : 7 selles assez abondantes sont le résultat de l'action de ce moyen. Par l'auscultation, nous ne notons que peu de changement dans l'état local de la muqueuse bronchique. Cependant il n'y a plus que 20 respirations par minute, la fonction respiratoire s'accomplit d'une manière moins laborieuse, le pouls donne 84 pulsations ; il y a une diminution notable dans l'infiltration des membres. Le 5, cette amélioration continue ; le malade a bien reposé la nuit ; il n'y a point eu de battemens de cœur ; le pouls bat 76 fois, la respiration devient de plus en plus facile ; la toux, assez forte les premiers jours, est beaucoup moindre aujourd'hui. Nous ne poursuivrons pas plus loin l'histoire de ce malade, qu'on soumet successivement à l'influence de divers moyens thérapeutiques dont nous n'avons point ici à étudier le mode d'action. Il n'est personne qui, dans un cas d'affection organique du cœur, demandât aux purgatifs une guérison radicale. En face d'une pareille maladie le praticien se félicite quand, après avoir tenté l'emploi d'un plus ou moins grand nombre de moyens, il finit par en rencontrer un à la faveur duquel il peut faire disparaître momentanément au moins les accidens.

Obs. IIIe.—*Emphysème pulmonaire; bronchite chronique. Forte dyspnée.*—Un tailleur, âgé de 60 ans, a reçu plusieurs blessures, dans les nombreuses campagnes qu'il a faites en qualité de militaire. Dans l'une d'elles, il a eu le corps traversé par une balle, à la hauteur de l'estomac. Vers le même temps, il a commencé à devenir sujet au rhume ; c'est à cette époque aussi qu'il fait remonter l'origine d'une dyspnée qui ne l'a point quitté jusqu'ici. Cette dyspnée a toujours été en augmentant ; elle atteint son maximum d'intensité dans les temps froids et humides. Ce malade d'ailleurs n'a jamais eu d'hémoptysie ni de battemens de cœur, jamais d'œdème.— État du 8 décembre : amaigrissement assez grand, que le malade dit n'être devenu bien sensible pour lui que dans ces derniers temps. Léger enfoncement sous les deux clavicules, poitrine d'ailleurs régulièrement conformée ; partout en avant sonoréité plus grande que dans l'état normal, elle existe même à la région du cœur. En arrière, même exagération de la sonoréité, qui est surtout considérable un peu au-dessous et en-dedans de l'angle de l'omoplate gauche. Pour l'auscultation en avant, mélange confus de râles sibilant, ronflant aussi marqués dans l'expiration que dans l'inspiration, surtout à gauche. En arrière dans l'expiration, on n'entend presque que le bruit des râles. La respiration, bien que laborieuse, n'est cependant comptée que pour 28, le pouls donne 80 pulsations, le cœur n'offre rien d'anormal dans ses battemens. Nous ne notons d'autres troubles du côté des voies digestives que la diminution de l'appétit, et une douleur épigastrique que la toux développe de temps en temps. Déjà ce malade a subi de

brenses saignées qui n'ont déterminé qu'une amélioration fort douteuse dans son état : on lui prescrit 2 gouttes d'huile de croton. Les selles ont commencé 3 heures après l'ingestion de l'huile, elles ont duré 6 heures et ont été fort abondantes. Les symptômes fournis par le stéthoscope sont restés les mêmes; mais la respiration est moins laborieuse, il y a moins d'oppression évidemment pour le malade; nous comptons 2 respirations seulement, le pouls est à 72.

Dans cette observation, comme dans la précédente, pendant que les signes physiques qui nous traduisent l'altération organique de la muqueuse pulmonaire, ne nous montrent, sous l'influence du moyen employé, aucune ou presque aucune modification appréciable, l'acte vital de l'organe auquel cette muqueuse appartient se trouve notablement modifié; en même temps l'accélération des battemens du cœur cesse ou au moins diminue : y a-t-il entre ces deux derniers phénomènes une corrélation telle que l'un étant produit, l'autre suive nécessairement, ou bien les deux phénomènes sont-ils le résultat simultané de quelque modification profonde qui jusqu'ici s'est dérobée à nos sens? c'est ce que nous ne chercherons point à déterminer, nous nous bornerons à constater le fait.

Obs. IVe *Bronchite chronique; emphysème pulmonaire. Légère hypertrophie du cœur.* — Un ancien militaire, âgé de 68 ans, ayant reçu plusieurs blessures, sujet à d'anciennes douleurs rhumatismales, a été pris d'un rhume assez violent il y a quatre ans. Depuis ce temps il est asthmatique, comme il le dit : il respire difficilement, il a des accès fréquens de toux et expectore peu; il n'a jamais eu d'hémoptysie. Reçu plusieurs fois dans les hôpitaux il a obtenu peu de soulagement des diverses médications auxquelles il a été soumis. Admis à la Pitié, le 15 novembre, il présente les symptômes suivans : le facies n'offre point cet aspect vultueux qui se rencontre le plus souvent chez les dyspnéiques; absence d'œdème, il n'y en a jamais eu; douleur vive à quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du sein gauche; point de palpitations; légère impulsion du cœur dont les battemens s'entendent très-faiblement au-dessous de la clavicule droite, et ne s'entendent point du tout sous la clavicule gauche. Sonoréité générale des parois de la poitrine, prononcée surtout à gauche; en avant le bruit respiratoire s'entend des deux côtés, depuis les clavicules jusqu'au niveau des seins; au-dessous de ce point ce bruit devient très-faible. Dans l'expiration, et en quelques points seulement, ronflement très-fort qui disparaît après que le malade s'est mis momentanément sur son séant; en arrière des deux côtés râle sous-crépitant, régnant dans une grande étendue de la poitrine. Toux fréquente, augmentant fortement la douleur; expectoration à-peu-près nulle; respiration élevée, laborieuse, à 36; pouls à 100. Rien d'anormal du côté des voies digestives.

M. Andral, entendant répéter souvent à ce malade que les saignées, tout en l'affaiblissant, n'apportaient que peu d'amélioration dans son état, convaincu d'ailleurs que l'action des purgatifs sur la muqueuse gastro intestinale, quelle qu'elle soit, s'éteint rapidement, ordonne 2 gouttes d'huile de croton à prendre le matin dans une cuillerée de tisane ordinaire. Le purgatif, sans déterminer de douleur à l'estomac, provoque 18 selles abondantes de matières jaunes. Le ventre n'offre aucune douleur le lendemain à la visite; la langue est sans rougeur, un peu collante seulement; il y a plus de soif qu'hier; désir des alimens. La douleur de poitrine a, en grande partie, disparu; la toux existe à-peu-près aussi fréquente; les crachats abondans sont constitués par un liquide visqueux, semblable à une forte dissolution d'eau de gomme. La poitrine offre, en avant, à l'auscultation et à la percussion, les mêmes résultats que la veille; en arrière le râle sous-crépitant n'existe plus que disséminé en quelques points rares; respiration plus facile, à 20; pouls tombé de 100 pulsations à 68. Le lendemain 18, rien d'anormal du côté des voies digestives, comme nous l'avons dit; un peu de toux la nuit, douleur de côté un peu plus vive qu'hier; le pouls demeure à 68, la respiration à 20; il y a de l'appétit, on permet le quart de la portion. Le 19, le malade ne parle plus de sa douleur, il accuse un peu de dyspnée. Il reste dans la salle jusqu'au 24, mangeant les trois-quarts. Il sort le 25.

A en juger d'après la rapidité avec laquelle cessent les accidens nombreux que nous présente ce malade, quand un flux abondant se fait à la surface de la muqueuse intestinale, ne semble-t-il pas naturel de voir un rapport de causalité entre ces deux séries de faits? Combien de gens se montrent moins difficiles dans de semblables jugemens, quand il s'agit d'apprécier des résultats thérapeutiques qui ne vont point à l'encontre de leurs théories?

Obs. Ve *Pleurodynie.* — Un cordonnier, âgé de 33 ans, à Paris depuis 10 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Le seul accident qu'il ait éprouvé quelquefois est un point de côté : du reste il n'est point sujet à s'enrhumer et n'a jamais eu d'hémoptysie. La première fois qu'a paru ce point de côté, en 1813, il a été enlevé au moyen d'une saignée générale. L'hiver dernier une semblable douleur s'est développée au-dessous du sein gauche; cette fois elle disparut spontanément et n'a duré que trois jours. Enfin, le 18 novembre 1833, il a été pris d'une douleur du même caractère au-dessous du sein gauche. Cette douleur, qui a persisté jusqu'au 23 du même mois, s'est propagée jusqu'à l'épaule du même côté. La pression, la respiration, certains mouvemens, et surtout ceux que nécessite la marche, la rendent plus vive; point de toux, point d'oppression; jamais de battemens de cœur; la percussion et l'auscultation ne fournissent que des résultats négatifs; le pouls donne 68 pulsations par minute, le nombre des respirations n'a point été noté. Le purgatif ordinaire est prescrit, il ne provoque que 5 selles; le pouls demeurait ce qu'il était hier, la douleur n'est nullement modifiée. On a recours aux sangsues, on en prescrit 20, *loco dolenti.* Le lendemain de cette application la douleur est à-peu-près nulle, le pouls ne donne plus que 60 pulsations. Le surlendemain quelques légers ressentimens encore, enfin disparition définitive.

Nous n'avons rapporté ce fait que pour le mettre en opposition avec le précédent. Pourquoi les saignées locales échouent-elles si complétement dans le premier, tandis qu'elles réussissent si manifestement dans le second? Pourquoi, d'un autre côté, un purgatif, sans effet ici, a-t-il là une influence aussi heureuse? Qu'on oppose souvent ainsi les faits les uns aux autres, qu'on les analyse sévèrement, nous sommes convaincu que par là on arrivera à poser des

distinctions méthodiques bien plus fécondes en données thérapeutiques importantes, que toutes ces systématisations prématurées, qui ne s'appuyent que sur une identité apparent.

Obs. VIe *Point de côté avec gêne considérable de la respiration.* — Une femme, âgée de 50 ans, douée d'une constitution forte, et jouissant habituellement d'une bonne santé, a été prise brusquement, il y a trois jours, d'un point de côté, sans frisson initial et sans cause déterminante évidente. Cette douleur très-vive, règne dans une assez grande étendue du flanc droit, en dehors des côtes. Elle augmente à la pression, gêne singulièrement la respiration qui est à 60. Toux peu fréquente, à laquelle la malade craint de se livrer, parce qu'il en résulte pour elle un supplice insupportable. Murmure respiratoire faible, sans doute à cause de la dilatation incomplète de la poitrine; du reste aucun râle; point de malité. Le pouls donne 100 pulsations par minute; il n'y a point eu de selle depuis cinq jours, rien autre chose d'anormal du côté des voies digestives. La peau a sa coloration naturelle. M. Andral commence par prescrire à cette malade 30 sangsues sur le point douloureux qu'on devra recouvrir d'un cataplasme émollient quand celles-ci seront tombées. Le lendemain, 22 novembre, nous ne notons aucune modification appréciable dans l'état du flanc; cependant la respiration est moins accélérée, elle n'est plus qu'à 40; le pouls est descendu à 92. La malade n'ayant point eu de selles depuis six jours, les purgatifs s'offrent en quelque sorte d'eux-mêmes comme propres à remplir ici une double indication. On ordonne une once de sulfate de soude et un demi-grain d'émétique, à prendre dans un pot d'eau d'orge. Bouillon aux herbes. Diète. Ce purgatif détermine 4 selles assez abondantes, sans coliques, et un vomissement. La respiration, bien plus libre encore qu'hier et bien moins anxieuse, n'est plus qu'à 32; le pouls bat 88 fois par minute; la douleur existe encore, mais elle est beaucoup moins vive et peut être bien plus aisément circonscrite; on permet deux bouillons. Le 24, persistance de la douleur qui augmente encore par la pression. 24 respirations seulement par minute; pouls à 84. On revient de nouveau aux sangsues, on en prescrit 40. La douleur, légèrement diminuée, reparait encore au bout de deux jours; une troisième application de 20 sangsues est prescrite, elle n'amène aucun résultat. De guerre lasse, on abandonne la douleur à elle-même qui finit par s'éteindre peu-à-peu.

Bien que dans cette observation la médication purgative n'obtienne point un succès aussi décisif que dans plusieurs des cas précédens, nous y voyons cependant cette médication continuer heureusement une amélioration commencée par la méthode antiphlogistique. Les anciens combinaient souvent ainsi deux médications que des théories exclusives déclarent si opposées dans leur manière d'agir sur l'organisme; ce fait ne montre-t-il point qu'ils ne s'étaient pas mépris sur les cas où ils disent que cette façon de procéder leur réussissait si bien?

Obs. VIIe. — *Laryngite chronique.* — Une femme, âgée de 43 ans, habitant Paris depuis 20 ans, a toujours joui d'une bonne santé, mais était sujette à s'enrhumer; elle ne se rappelle point avoir jamais eu de point de côté, elle n'a jamais eu non plus d'hémoptysie. Suppression du flux menstruel depuis six mois; rien qui indique un état de grossesse. 7 septembre, la malade est dans l'état suivant: douleur vive au larynx, que la pression augmente, qui s'étend à tout le col et qui envoie des irradiations jusque dans l'oreille gauche. La déglutition et le parler sont également douloureux. A l'inspection, l'arrière-bouche ne présente aucune lésion appréciable. La malade fait remonter à un temps assez éloigné cette douleur qui la fait souffrir beaucoup. Il y a aphonie complète. Dyspnée que la marche ascendante augmente, et dont la malade ne précise point le début. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des renseignemens négatifs. Pouls à 80; 20 respirations par minute.

M. Andral commence par prescrire une saignée générale, dans la vue de suppléer à l'absence des règles prématurément supprimées. Aucun effet appréciable ne suit cette saignée; le pouls présente même une augmentation de fréquence assez remarquable, il donne le lendemain de l'ouverture de la veine 112 pulsations à la minute; mais la peau n'offre point de chaleur anormale; cette fréquence persiste pendant tout le temps du séjour de la malade à la Pitié. Il est probable que cet effet est dû à une émotion morale. Quoi qu'il en soit, dans la vue d'attaquer le mal localement, en poursuivant la même méthode thérapeutique, on prescrit trente sangsues sur le larynx: le sang a coulé long-temps et abondamment: cependant la douleur de la gorge est plus vive que les jours précédens, la voix est plus altérée. On ne croit point devoir insister plus long-temps sur des moyens qui entraînent à leur suite de semblables résultats: on ordonne des frictions sur le col avec l'huile de croton tiglium. Ces frictions déterminent, sur la peau où elles ont été pratiquées, une éruption de nombreux boutons miliaires; la voix semble avoir acquis un peu de timbre, la douleur est un peu moindre, mais bientôt l'éruption se flétrit, et tout revient au même état. Les choses en étaient à ce point quand, le 16, la malade fut prise, sans cause appréciable, d'un dévoiement abondant qui ne parait avoir été accompagné d'aucune réaction, soit locale, soit générale: ce jour-là même, la douleur du larynx est beaucoup moins vive: mais ce flux s'arrête, et la douleur revient à son premier degré d'intensité. Ne perdant point de vue l'amendement notable qui était survenu chez la malade au moment où le flux intestinal spontané vint à s'établir, M. Andral cherche à provoquer de nouveau un flux semblable; pour cela il prescrit deux gouttes d'huile de croton intérieurement: il en résulte huit selles vertes en bouillie; la douleur de la gorge est nulle. Le lendemain la douleur n'a point reparu. Cependant, dans la crainte de la voir reparaître encore, la malade prend de nouveau le même purgatif à la même dose: six selles ont lieu. Depuis ce moment jusqu'au 12 janvier où la malade est sortie, la douleur du larynx ne s'est point rencontrée. Quelques agens spéciaux, qu'il est inutile d'indiquer ici, ont rendu d'ailleurs à la voix sa force et son timbre naturels.

On ne serait point admis à prétendre ici qu'entre la cessation des douleurs du larynx et l'apparition du flux intestinal signalé, il y ait eu une simple coïncidence fortuite, car nous voyons là une sorte de gradation harmonique entre ces deux phénomènes. La première fois que le flux intestinal apparait, la douleur diminue d'une manière remar-

quable ; ce flux cesse, et la douleur reparaît avec sa première intensité : on détermine artificiellement un semblable flux à la surface de la muqueuse digestive, et aussitôt la douleur finit.

Nous pourrions alonger cette première série de faits en en rapportant un assez bon nombre où nous verrions la médication purgative déterminer une amélioration plus ou moins remarquable dans l'état des malades chez lesquels on y a recours. Mais il nous reste à suivre les effets de cette médication dans les maladies d'autres appareils ; force nous est donc de nous borner. D'ailleurs avant d'en finir sur ce point, nous dirons que si nous avons vu cette médication réussir dans un certain nombre de cas, il s'en faut bien qu'elle ait eu le même succès dans tous les cas où nous avons vu M. le professeur Andral l'employer : aussi nous pourrions citer des cas où tout le succès obtenu par ce moyen a consisté dans un amendement fugitif, plutôt apparent que réel; car, dès le lendemain, nous voyons les choses revenir tout-à-fait au même état où elles étaient avant la pertubation des fonctions digestives. Dans d'autres cas cette amélioration précaire n'était même pas obtenue ; mais, chose digne de remarque, dans aucune circonstance nous n'avons vu cette pertubation, par fois assez violente, aboutir à une exaspération de la maladie : une fois le malade sous l'influence du modificateur, ou bien la maladie décroissait rapidement, ou bien elle était modifiée dans quelques-uns de ses symptômes seulement, ou bien elle continuait sa marche, comme si rien n'était survenu de nouveau dans l'économie, mais jamais d'exacerbation évidente dans la souffrance des organes malades : le cœur seulement, comme nous l'avons vu dans la première partie, a montré une très-légère accélération dans les battemens dans deux ou trois cas.

Passons maintenant aux maladies d'un appareil non moins important dans l'économie que celui que nous venons d'étudier, et voyons ce que deviennent ces maladies sous l'influence des agens purgatifs.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SEPTEMBRE 1834.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Recherches physiologiques et thérapeutiques sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps que sur les membres isolés. Extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, le 25 août 1834, par V. T. JUNOD, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société des sciences chimiques et physiques de France, etc.

De fréquens voyages entrepris au commencement de mes études médicales, me donnèrent l'occasion de m'élever à diverses hauteurs dans l'atmosphère. A la cime des Alpes, des Pyrénées, du mont Etna, je fus vivement frappé des effets produits par la pression de l'air sur notre organisation. Ces effets devinrent dès ce jour, pour moi, l'objet des réflexions sérieuses et de recherches soutenues.

Placé depuis, au milieu de circonstances favorables à l'étude des maladies et des moyens thérapeutiques qui leur conviennent, je m'appliquai à reconnaître quels étaient parmi ces moyens, ceux dont l'action était la plus constante et la moins contestable. Les dérivatifs, les révulsifs à l'extérieur, ont surtout fixé mon attention, par le succès brillant dont s'accompagne ordinairement leur emploi. Je fus dès lors naturellement conduit à penser que l'application pratique de la raréfaction et de la compression de l'air sur toute la surface du corps ou sur les membres seulement, pouvait devenir l'un des moyens les plus puissans de la thérapeutique. Mes expériences à ce sujet, me prouvèrent, en effet, qu'en variant ainsi le poids de l'air, on obtenait une dérivation *mécanique*, que l'on attendrait en vain des moyens thérapeutiques fondés sur la physiologie des organes. Les instrumens que je soumets à l'examen de l'Académie produisent cette dérivation avec la plus grande facilité, soit en appelant les liquides sur le lieu de leur application, soit en les y refoulant.

Description d'un appareil propre à opérer la compression ou la raréfaction de l'air sur toute le surface du corps.

Ce récipient est en cuivre, de forme sphérique; son diamètre est d'un mètre quatre décimètres; ses parois sont soutenues à l'intérieur par des cercles de fer auxquels se fixe un banc qui s'abaisse et s'élève à volonté et sur lequel s'assied la personne soumise à l'expérience. La lumière pénètre dans le récipient par deux disques de cristal, fixés sur ses parois; l'entrée de l'appareil qui est circulaire, est située à la partie supérieure et peut être hermétiquement fermée, au moyen d'un couvercle qui forme un segment de sphère et qui ferme l'ouverture à la manière des marmites autoclaves. Ce couvercle porte trois ajutages taraudés. L'un sert à faire communiquer avec l'intérieur de l'appareil le réservoir d'un thermomètre; sur l'autre se visse un baromètre ou un manomètre, et enfin, sur un troisième ajutage, se fixe un robinet servant à alimenter une fuite nécessaire au renouvellement continuel de l'air intérieur.

La modification de la densité de l'air, s'opère au moyen d'une pompe aspirante et foulante, que l'on met en communication avec la sphère, au moyen d'un tube. Les deux corps de cette pompe doivent avoir chacun une capacité de huit décimètres cubes. Dès que la personne est assise à l'intérieur, et que l'appareil est hermétiquement fermé, on augmente ou l'on diminue avec une grande facilité le poids naturel de l'air, se guidant pour cela d'après l'indication du cylindre barométrique. L'expérience peut ainsi se prolonger durant un temps indéterminé, l'air contenu dans l'intérieur de l'appareil étant constamment renouvelé par la fuite à laquelle on donne lieu au moyen du robinet placé à sa partie supérieure.

Phénomènes auxquels donne lieu la compression de l'air opérée sur le corps humain.

Lorsque l'on augmente de moitié la pression normale de l'atmosphère sur le corps de l'homme placé à l'intérieur du récipient, voici ce qui s'observe :

1° La membrane du tympan, refoulée vers l'oreille interne, devient le siége d'une pression assez incommode. Toutefois elle se dissipe peu à peu à mesure que l'équilibre se rétablit.

2° Le jeu de la respiration se fait avec une facilité nouvelle : la capacité des poumons semble augmenter, les inspirations sont grandes et moins fréquentes; au bout de quinze minutes, on éprouve à l'intérieur du thorax une chaleur agréable; on dirait que des aréoles pulmonaires, qui depuis long temps étaient devenues étrangères au contact de l'air, se dilatent de nouveau pour le recevoir, et toute l'économie puise dans chaque inspiration un surcroît de force et de vie.

3° L'augmentation de la densité de l'air paraît modifier la circulation d'une manière notable, le pouls a une tendance à la fréquence, il est plein et se déprime difficilement, le calibre des vaisseaux veineux superficiels diminue et s'efface même quelquefois complètement ; de sorte que le sang, dans son retour vers le cœur, suit la direction des veines profondes. Si le calibre des vaisseaux superficiels augmente ou diminue en raison de la tension du ressort atmosphérique, il doit en être de même dans les organes pulmonaires, qui sont placés à cet égard dans les mêmes circonstances ; d'où il doit nécessairement résulter que, la pression de l'air étant augmentée, la quantité du sang veineux contenu dans les poumons doit diminuer ; c'est là sans doute, ce qui permet d'introduire à chaque inspiration une quantité d'air beaucoup plus considérable que sous la pression normale de l'atmosphère.

Si la densité croissante de l'air diminue le calibre des vaisseaux veineux, il doit nécessairement en résulter que le sang se portera en plus grande quantité dans le système artériel, ainsi que vers les principaux centres nerveux, notamment dans le cerveau, lequel est soustrait à toute pression immédiate de l'atmosphère, par la résistance de la boîte osseuse qui l'enveloppe. Ainsi les fonctions de l'encéphale sont activées, l'imagination est vive, les pensées s'accompagnent d'un charme particulier, et chez quelques personnes, il survient des symptômes d'ivresse. Ce surcroit d'innervation agit également sur le système musculaire, les mouvemens sont faciles et plus assurés.

4° Les fonctions du tube digestif deviennent plus actives, la soif est nulle.

5° Les glandes salivaires et rénales sécrètent leur fluide en abondance, et cet effet paraît s'étendre sur tout le système glandulaire.

6° Le poids du corps paraît diminuer d'une manière sensible.

Phénomènes physiologiques auxquels donne lieu la raréfaction de l'air opérée sur toute l'habitude du corps.

Lorsqu'une personne est placée dans l'intérieur du récipient et qu'on diminue d'un quart la pression naturelle de l'air, voici ce qui s'observe :

1° La membrane du tympan se trouve distendue, ce qui produit une sensation analogue à celle qui est causée par la compression. Elle se dissipe à mesure que l'équilibre se rétablit.

2° La respiration est gênée, les inspirations sont courtes et fréquentes ; au bout de quinze à vingt minutes, à cette gêne de respiration succède une véritable dyspnée.

3° Le pouls est plein, dépressible et fréquent ; tous les ordres de vaisseaux superficiels sont dans un état de turgescence manifeste. Les paupières et les lèvres sont distendues par la surabondance des fluides ; assez fréquemment il survient des hémorrhagies avec tendance à la syncope ; la peau est le siége d'une chaleur incommode, et ses fonctions sont activées.

Le peu d'activité de l'hématose, l'expansion plus ou moins grande des gaz qui circulent avec le sang, la surabondance de ce liquide dans les différens ordres des vaisseaux superficiels expliquent assez le défaut d'innervation qui se caractérise par le manque d'énergie et par une apathie complète.

Les glandes salivaires et rénales qui sécrétaient avec abondance leurs fluides, sous l'influence d'une plus grande densité de l'air, présentent alors un effet tout opposé.

Si l'on fait alterner la compression avec la raréfaction de l'air, les effets produits par ces deux opérations contraires deviennent alors très-sensibles.

Description d'appareils propres à augmenter ou diminuer la densité de l'air sur un ou plusieurs membres.

Ces appareils consistent : 1° en quatre tubes de cristal ou de cuivre, dans chacun desquels peut être engagé un membre, qui se trouve alors saisi par une enveloppe hermétique d'une solidité assez grande pour résister à la pression de l'air. Chacun de ces tubes est fermé par une extrémité et ouvert par l'autre ; celle-ci reçoit des pièces de rechange destinées à modifier son entrée suivant le volume du membre qui doit y être introduit.

Ces pièces de rechange sont au nombre de quatre pour chaque tube ; elles représentent des espèces de gorges de différens diamètres, qui embrassent exactement le membre à sa partie supérieure, et lorsque l'on opère la compression ou la raréfaction, elles s'opposent à la sortie ou à la rentrée du fluide gazeux.

2° On opère cette compression ou cette raréfaction de l'air au moyen d'une pompe foulante et aspirante, pourvue d'un récipient ou réservoir portant un manomètre et quatre robinets. La pompe se réunit à ce récipient par l'un ou l'autre de ses polongemens, communiquant, l'un avec la soupape d'aspiration, l'autre avec celle de refoulement.

3° Quatre tubes élastiques servent à établir la communication nécessaire entre la pompe et les cylindres.

L'on peut au besoin ajouter à l'action du vide, celle de la vapeur d'eau, et l'on se sert pour cela d'une chaudière pourvue d'une soupape de sûreté. La vapeur est dirigée dans le cylindre au moyen de conduits élastiques.

Procédé opératoire. De la compression.

La compression au moyen de l'air ne s'exerce que rarement sur plusieurs membres à la fois, et c'est spécialement sur les extrémités inférieures qu'elle se pratique.

Pour cela, on fixe à l'entrée des tubes les pièces de rechange proportionnées au volume du membre auquel elles doivent livrer passage. Cela étant ainsi disposé, les extrémités sont engagées dans les cylindres, et les pièces de rechange, en les embrassant circulairement à leur partie supérieure, s'opposent à la sortie de l'air. La pompe est alors mise en activité, et opère une compression plus ou moins forte suivant l'exigence des cas.

Du Vide.

Pour opérer le vide, il suffit de réunir la pompe à son réservoir par celui de ses prolongemens destiné à faire le vide. Ce changement s'opère en quelques secondes ; à mesure que

le vide avance, on voit le mercure s'élever dans le tube manométrique ; on peut alors le maintenir à la hauteur de dix centimètres ou trois pouces du niveau, sans que le malade s'en trouve incommodé ; et il est assez rare de rencontrer des cas dans lesquels la succion opérée par le vide doive être portée plus loin.

La durée de l'opération peut n'être que de quelques minutes, comme aussi elle peut se prolonger durant plusieurs heures, suivant les indications : il est alors convenable de rétablir l'équilibre de l'air dans chacun des tubes durant l'espace de dix minutes, et cela successivement pour chacun d'eux. Ceci a pour but le renouvellement des fluides que la succion avait appelés dans les membres Pour hâter ce renouvellement on peut exercer une compression momentanée.

Phénomènes auxquels donne lieu la compression des membres, exercée au moyen de l'air.

Si l'on augmente de moitié le poids que l'air exerce sur un membre, voici ce qui s'observe :

1° La peau pâlit, les veines superficielles s'affaissent, le membre diminue de volume, et la circulation peut y suspendre son cours, dans une plus ou moins grande étendue.

2° Après l'opération le membre paraît sensiblement plus léger, ses mouvemens s'exécutent avec plus de facilité et sont en même temps plus assurés.

3° Si l'on exerce cette compression au moyen de l'eau froide, les effets sont les mêmes, seulement ils sont plus marqués.

Phenomènes généraux. Indépendamment de ces phénomènes, il s'en produit d'autres d'une manière moins directe. Ainsi, si l'on opère de la sorte sur l'un des membres abdominaux, il survient :

1° Des vertiges, des tintemens d'oreilles, des étincelles lumineuses qui paraissent voltiger devant les orbites ; il y a tendance à l'apoplexie.

2° Le jeu des organes de la respiration ne s'exécute plus avec la même facilité.

3 Si l'on opère le vide sur le membre opposé, ses effets généraux sont neutralisés.

Phénomènes auxquels donne lieu le vide opéré sur les membres.

Lorsque l'on diminue d'un neuvième la pression que l'atmosphère exerce sur les membres, voici ce qui a lieu :

1° La peau se distend et se colore ; le membre augmente de volume, au bout de quelques minutes ; les fluides qui affluent du centre à la périphérie communiquent aux tégumens une chaleur insolite, qui égale la température des tissus profonds.

2° Les fonctions de la peau reçoivent un surcroît d'activité ; il s'établit une transpiration abondante ; les fluides sécrétés se convertissent en vapeur, et viennent se condenser sur les parois du cylindre.

3° Après l'opération, on éprouve dans les membres un léger engourdissement qui ne tarde pas à se dissiper.

Si, pour augmenter l'action du vide, on fait simultanément usage de la vapeur chaude, les effets sont les mêmes, seulement ils reçoivent un surcroît d'activité.

Phénomènes généraux. 1° Dès que l'on opère le vide sur les membres, la tête devient plus légère, la face pâlit, le pouls de la branche frontale de la temporale se ralentit, devient filiforme, et dans quelques cas cesse de battre ; il y a alors tendance à la syncope.

2° La respiration est plus facile.

3° Les fonctions du tube digestif perdent leur activité, et il survient dans quelques cas des nausées.

4° Vers la fin de l'opération, la transpiration, qui ne se faisait d'abord qu'à l'intérieur des tubes, tend à devenir générale.

5° Si l'on opère simultanément la compression sur le membre opposé, ces effets généraux cessent d'avoir lieu.

1re OBSERVATION.

Tétanos traumatique avec un ralentissement remarquable de la respiration et de la circulation.—Action du vide sur les membres.—Guérison.

Parmi les cas les plus curieux qui se sont offerts à notre observation, soit dans les nombreuses cliniques que nous avons suivies, soit dans notre pratique particulière, nous n'en avons vu aucun qui nous ait présenté autant d'intérêt que celui qui fait le sujet de cette observation.

Un jeune homme, à peine âgé de vingt ans, batelier de son état, fut apporté le 28 octobre 1832 à l'hôpital civil de Strasbourg. Il avait fait une chute dans laquelle la région hypogastrique avait à elle seule supporté le poids du corps ; il y ressentit immédiatement une douleur vive et perdit connaissance. Revenu à lui-même quatre heures après, la douleur locale persista et fut accompagnée d'hématurie. L'on opposa à ces symptômes un traitement anti-phlogistique, et déjà ce malade paraissait marcher vers une rapide guérison, lorsque tout à coup, dans la nuit du 2 novembre, il fut pris d'une gêne extrême de la respiration, laquelle fut combattue par une saignée qui soulagea immédiatement le malade. Durant les huit jours qui suivirent, de tels accidens se renouvelèrent fréquemment, et furent de nouveau combattus par de larges saignées pratiquées pendant la durée de l'accès (tout autre moyen était jusque-là demeuré sans résultat.) Le malade étant tombé dans un état voisin de l'anémie, l'on se vit forcé à renoncer aux émissions sanguines ; dès lors voici ce qui eut lieu.

Le 12, vers les trois heures de l'après midi, la respiration s'embarrassa de nouveau ; au bout de quinze minutes, les inspirations ne se firent plus qu'à de longs intervalles et furent bientôt suivies de perte totale de connaissance. Cependant la circulation n'avait pas suspendu son cours ; le pouls était régulier et donnait quarante-cinq pulsations par minute, bien que l'apnée fût complète. Après être resté durant vingt minutes dans un état de mort apparente, les muscles postérieurs, se contractant avec une force toujours croissante, tout le poids du corps ne reposa bientôt plus que sur le synciput et les talons. Les bras ramenés en arrière maintenaient l'équilibre.

A cet opisthotonos, qui eut dix minutes de durée, succéda brusquement un emprosthotonos, et ces deux phénomènes alternèrent plusieurs fois dans l'espace de quelques secondes. Le malade retombait alors dans un état léthargique entièrement semblable à celui qui est décrit plus haut, et une nouvelle série de phénomènes tétaniques se manifestait. Enfin, après une heure vingt-cinq minutes de durée, il revenait à la vie. Lorsque je vis pour la première fois ce malade, ces accès s'étaient renouvelés durant l'espace de cinquante jours, et cela à cinq heures de l'après midi. Soumis aux soins d'un professeur éclairé, déjà l'on avait épuisé toutes les ressources de l'art pour prévenir les accès, ou pour en combattre la violence. Je pensai alors que mon appareil pourrait agir efficacement dans le traitement de cette maladie; j'en proposai l'emploi, et il fut accueilli.

Le 18 décembre, un peu avant cinq heures, les extrémités furent engagées dans les cylindres, le vide fut fait à dix centimètres; et, sous l'influence de mon appareil, se dissipèrent les premiers symptômes de l'accès, qui déjà s'était manifesté un peu avant son application. Je prolongeai son action jusqu'à six heures, et prévins de la sorte le retour de l'accès. Le jour suivant, le même traitement fut suivi et couronné du même succès.

Le 20 décembre, j'obtins le même résultat; toutefois un autre accès eut lieu le lendemain, mais à une heure inaccoutumée; et, pendant plusieurs jours, le malade éprouva des accès moins violens, et frappés d'irrégularités, jusqu'au moment où une guérison radicale lui permit de sortir de l'hôpital.

IIe OBSERVATION.

Paraplégie avec perte totale de la sensibilité coïncidant avec une fièvre tierce. —Traitement par l'action combinée du vide et de la vapeur sur les membres. — Guérison.

M. V...., relieur, âgé de quarante ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, était occupé à diriger un vaste atelier, qu'il avait fondé dans le faubourg Saint-Germain. A la suite des événemens de juillet, il éprouva des revers de fortune et de profonds chagrins domestiques. Ces affections morales toujours présentes à son esprit, et le travail opiniâtre auquel il se livrait, portèrent bientôt atteinte à sa santé. Déjà, depuis plusieurs mois, il éprouvait une lassitude continuelle dans les membres, et un lumbago qui l'avait forcé plusieurs fois à suspendre ses travaux.

Le 6 mai 1833, il fut pris, sans qu'on pût en connaître la cause, de vomissemens de matières bilieuses, qui se prolongèrent durant vingt-quatre heures; en même temps il fut frappé de paraplégie avec perte totale de sensibilité. Les secours les plus prompts et les soins les plus éclairés furent opposés à ces graves symptômes; on avait spécialement insisté sur l'emploi des dérivatifs internes et externes, sans toutefois obtenir aucune amélioration. Cinq mois après l'invasion de la maladie, le malade me fit appeler.

Le 1er octobre, je constatai la persistance des symptômes décrits plus haut, et de plus, l'existence d'une fièvre quotidienne dont les accès revenaient depuis deux mois, à trois heures de l'après-midi: tous les viscères étaient dans un état sain, si l'on en excepte la paralysie du rectum et de la vessie, déja indiquée. La plante du pied et le talon droit étaient le siége d'une escarre profonde, qui, d'après le rapport qui nous fut fait, avait été produite par brûlure, le pied ayant reposé à l'insu du malade sur des charbons ardens au moment où il prenait une fumigation. L'odeur produite par la combustion des tissus, avait pu elle seule éclairer le malade et prévenir la combustion totale du pied. Les extrémités étaient également frappées d'un sentiment de froid continu. A la région sacrée existait une vaste et profonde escarre, en partie détachée et laissant à nu quelques points osseux.

Le 2 octobre, nous opposâmes à ces symptômes l'emploi de notre appareil, dans l'intention de ranimer la circulation et les fonctions de la peau dans les membres paralysés, ou de produire une dérivation puissante dans le cas de lésion de la moelle épinière. A deux heures de l'après-midi, les extrémités furent engagées dans les cylindres, et nous alternâmes de quinze minutes en quinze minutes l'action du vide et celle de la vapeur. Le vide fut fait à huit centimètres, et la température était maintenue à trente-cinq degrés centigrades. Pendant une heure que dura l'opération, il ne se passa rien de remarquable, si ce n'est que, par le fait de la puissante dérivation qui avait été produite, il y eut, à plusieurs reprises, tendance à la syncope; celle-ci fut prévenue, soit en rétablissant la pression naturelle de l'air, soit en l'augmentant par la compression. Dès ce moment, le malade ressentit dans toute l'étendue des membres paralysés une chaleur naturelle et un fourmillement particulier, et, dans la nuit qui suivit, la myotilité reparut dans toute l'étendue de la jambe droite.

Le 3, le même traitement fut suivi d'un succès encore plus marqué; la sensibilité avait toutefois borné ses progrès au niveau du genou.

Le 4, le membre pelvien gauche, qui jusque-là était resté insensible et immobile, put exécuter quelques mouvemens.

Le 5, des circonstances particulières me forcèrent à quitter la capitale pour quelques jours, durant lesquels le traitement fut suspendu. A notre retour, le 9, le malade avait entièrement perdu tout le bénéfice de nos soins. Le traitement, ayant été repris immédiatement, ramena toutefois les améliorations antérieures.

Au bout de vingt jours de traitement, la sensibilité avait reparu dans toute l'étendue des membres paralysés. Le malade a pu marcher, avec difficulté, il est vrai, mais il n'a pas cessé dès lors de se livrer à des exercices plus ou moins fatigans, sans en éprouver de fâcheux résultats.

IIIe OBSERVATION.

Hydrothorax double. —Action du vide sur les membres pour faciliter et même pour suppléer la saignée.

M. A... âgé de quarante-huit ans, caissier dans une maison de commerce, d'une bonne constitution, avait toujours été assez bien portant. Il habitait Paris depuis dix ans environ. Dans la nuit du 15 novembre 1833, vers deux heures du

matin, il éprouva subitement une gêne extrême de la respiration, qui bientôt s'était accrue au point qu'il y avait suffocation imminente. Appelé sur-le-champ, un médecin pratiqua une large saignée, plaça des sinapismes qui soulagèrent promptement le malade, de sorte qu'au bout de quelques jours, il put reprendre le cours de ses travaux. Environ trois semaines après, de nouveaux accidens se manifestèrent, semblables à ceux qui viennent d'être indiqués; ils furent heureusement combattus par l'emploi des mêmes moyens. Ces deux évacuations sanguines abondantes, répétées à si peu d'intervalle, et l'état et découragement du malade, le jetèrent dans une prostration extrême. Les forces, quoique tout accident eût dès long-temps disparu, ne se rétablissaient que d'une manière lente et incomplète.

Le 20 décembre, vers deux heures de la nuit, une nouvelle dyspnée se manifesta; elle durait depuis environ quatre heures, lorsque je fus appelé. A mon arrivée, le malade était couché sur le dos, la poitrine découverte et un peu élevée; les yeux étaient saillans, une anxiété profonde était peinte sur le visage, la radiale était sans pulsation, bien que le cœur se trouvât dans un état tumultueux et irrégulier. Dès que les accidens s'étaient reproduits, on avait ouvert la veine aux deux bras, mais sans qu'on pût obtenir de sang, et on se borna, en attendant que je fusse arrivé, à l'application de sinapismes aux extrémités inférieures et de quelques ventouses simples au sommet de la poitrine. Ces moyens me paraissant peu en rapport avec l'intensité du mal, je regardai comme urgent d'opérer une déplétion sanguine prompte, en engageant dans un cylindre pneumatique (ainsi que cela m'avait fréquemment réussi dans le traitement du choléra) l'un des bras où la phlébotomie avait été inutilement tentée. Ainsi, à peine l'air fut-il raréfié à huit centimètres, que le sang jaillit abondamment de la veine. Je n'insistai pas davantage sur l'emploi de mon appareil, me confiant dans l'effet que la saignée devait produire. Le malade, en effet, ne tarda pas à être sensiblement soulagé, seulement la dyspnée persista encore, mais moins intense.

Le jour suivant, vers quatre heures du soir, elle reparut avec une violence nouvelle; mais la saignée de la veille, celles que l'on avait pratiquées peu de jours auparavant, ne me permettant pas de recourir encore aux émissions sanguines, je me bornai à l'application révulsive de mes cylindres. Les membres thoraciques et abdominaux y furent engagés sur-le-champ; on raréfia l'air, et le malade se trouva soulagé instantanément. L'appareil ne resta guère appliqué que vingt minutes; les accidens, momentanément suspendus, ne tardèrent pas à se reproduire. La dyspnée était continuelle; au bout de quelques jours, elle avait acquis plus d'intensité; les cylindres, fréquemment appliqués, étaient toujours suivis de quelque soulagement; l'état de la respiration s'agravait de plus en plus, un son mat et un râle sibilant se faisant entendre dans une grande étendue des poumons. Les crachats étaient sanguinolens, les battemens du cœur désordonnés. Le 28 décembre, le malade succomba à la gravité de ces symptômes.

Autopsie.

Les seules altérations remarquables que nous trouvâmes, furent : un épanchement d'un litre et demi de sérosité rougeâtre dans la cavité des plèvres. Rien dans le péricarde; le cœur, dont le volume est un peu augmenté, offrait une hypertrophie avec épaississement du ventricule gauche (les cavités droites étaient dans l'état sain); les valvules de l'aorte sont ossifiées, et la crosse de l'artère elle-même offrait dans l'épaisseur de ses parois sept à huit plaques assez étendues, également ossifiées.

IVe OBSERVATION.

Affection cholérique avec douleurs abdominales très vives. — Suspension instantanée des douleurs par l'action du vide sur les membres. — Guérison presque subite.

Madame C... âgée de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin, rentrait chez elle le 8 septembre 1833, après avoir dîné en ville; on lui apprit alors qu'une personne de sa maison venait d'être atteinte du choléra. Cette nouvelle la frappa d'une terreur si profonde, qu'elle éprouva aussitôt des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreille avec d'abondantes déjections alvines, s'accompagnant de tranchées et de coliques d'une extrême violence. Appelé dès le début, je crus devoir établir une dérivation énergique et rapide, en plaçant immédiatement les extrémités sous l'influence de la raréfaction de l'air. — Dans ce but, j'engageai dans les cylindres pneumatiques les membres pelviens d'abord, car l'agitation continuelle de la malade m'empêchait d'y placer les bras. Le vide fut fait à huit centimètres, et à l'instant même les tranchées si douloureuses, qui revenaient par intervalles, cessèrent complètement; en même temps disparurent les vertiges, les éblouissemens et autres symptômes de la congestion encéphalique. Néanmoins l'action de l'appareil fut maintenue durant quarante-cinq minutes environ (glace à l'intérieur, sable chaud en fomentation sur le trajet de la colonne épinière).

Le jour suivant, il restait encore quelque altération de la face, et un peu de faiblesse. Quelques selles cholériques étaient survenues, liquides et blanches, mais non douloureuses. Cette amélioration persista pendant toute la journée, et quelques jours après, le rétablissement était complet.

RECHERCHES

Sur le traitement de diverses maladies des yeux; lues à la Société de Médecine de Paris, par M. P. PAMARD.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

DEUXIÈME PARTIE.

Recherches sur l'action du calomel dans les diverses spécialités morbides de l'appareil visuel.

On pense bien que nous ne suivrons pas l'exemple de de Rowley, et que nous n'admettons pas cent dix-huit principa-

les maladies de l'œil. Nous sommes loin de prétendre donner une classification qui soit à l'abri de la critique ; nous proposons de les diviser en maladies internes et externes. Les premières comprendront les tissus contenus dans le globe de l'œil ; les secondes s'occuperont des affections des membranes qui forment cette enveloppe. Ces deux grandes classes subiront une nouvelle division : dans l'une seront comprises les affections qui proviennent de l'inflammation ; dans l'autre, les altérations dont la cause est encore incertaine.

Il n'entre point dans notre plan de nous occuper de toutes ces maladies ; nous ne parlerons que de celles qui ont été soumises à notre traitement.

De l'ophthalmie en général.

Nous réserverons le nom d'ophthalmie aux diverses affections inflammatoires des parties externes. Les auteurs nous paraissent avoir appliqué ce nom à un trop grand nombre de maladies des yeux; il en résulte souvent dans leurs ouvrages, qu'on est exposé à confondre les affections de nature diverse, quelquefois même opposée, et qui attaquent des tissus qui diffèrent non-seulement par leur composition, mais aussi dans leur usage, de telle manière qu'il est plus ou moins urgent de combattre les accidens suivant l'importance et l'organisation de tel ou tel tissu, dont la plus légère altération aurait pour résultat la perte de la vue.

Nous tâcherons dans ce travail de spécialiser autant que possible le siége de la maladie, afin d'observer les modifications qu'elle éprouve dans les divers tissus qu'elle attaque. On ne doit pas perdre de vue que, dans un grand nombre de cas, des membranes aussi voisines, participent successivement aux altérations morbides par voie de transmission, de telle manière qu'une affection qui a commencé par une seule membrane, peut occuper dans la suite tout le globe.

De l'ophthalmie catarrhale.

Nous désignons sous ce nom toutes les inflammations dont le siége unique est dans la conjonctive, et dont le caractère propre est de permettre à l'œil l'exercice de la vision. Il n'entre pas dans le plan de notre travail d'en donner ici la description; seulement nous dirons, relativement au traitement, que le conseil donné par M. Lawrence (1) et les Allemands, de saigner rarement dans cette affection et de faire des lotions tièdes, est en opposition directe avec notre manière d'agir en pareil cas. En effet, nous conseillons toujours une très-large saignée et des lotions avec notre collyre, que nous employons dès le début, et à la température atmosphérique.

Lorsque nous sommes consultés dans les premières périodes de la maladie, nous voyons, sous la seule influence de ces moyens, se dissiper en deux ou trois jours la rougeur et l'écoulement catarrhal qui sont les signes pathognomoniques de cette affection. Aussi n'avons-nous pas d'observation à donner sur l'ophthalmie catarrhale aigue, où nous ayons été obligés d'employer le calomel.

(1) Op. cit., p. 150. 151.

Il n'en est pas de même de l'ophthalmie catarrhale chronique ; on sait combien souvent cette affection est rebelle ; on la voit quelquefois produire des altérations qui deviennent incurables, telles que la chute des cils, l'entropion, l'ectropion.

Une des plus grandes notabilités chirurgicales de notre époque, qui vient d'être enlevée à la science (1), ne nous offrait-elle pas une ophthalmie catarrhale chronique incurable ?

Dans les cas de ce genre, nous avons très-fréquemment employé le calomel, et toujours avec succès ; nous nous bornerons à en donner ici une seule observation ; nous en choisirons à dessein une qui nous paraît intéressante sous divers rapports : d'abord elle nous montre un exemple d'une extrême tolérance pour le calomel, ce qui nous a permis de l'administrer à très-haute dose ; en second lieu on y verra couronnée par un succès complet une opération que Delpech et quelques chirurgiens modernes ont regardée comme ne pouvant pas réussir.

Laurent Michel, enfant de la maison de dépôt, manœuvre âgé de quinze ans, reçut du mortier dans l'œil droit ; il survint une inflammation intense, à la suite de laquelle il se forma des adhérences entre les conjonctives palpébrale et oculaire. Nous ne vîmes pas le malade à la suite de cet accident. Depuis cette époque, il peut à peine ouvrir son œil qui est entravé en haut par les adhérences ; il éprouve fréquemment des cuissons, de la lippitude ; il se décide à entrer à l'hôpital le 30 avril 1831. Il y a près d'un an de l'accident dont nous avons parlé ; l'œil est rouge, chassieux ; une adhérence large, située à sa partie moyenne et interne, unit une portion de la face postérieure de la paupière supérieure à la conjonctive oculaire. Du reste, la sclérotique, la cornée et les membranes internes sont parfaitement saines. Nous pensâmes que la première chose à faire était la destruction des adhérences anormales, qui pouvaient être considérées comme une cause probable de la maladie. A l'aide d'un couteau délié et de ciseaux courbes, très-minces, nous détruisîmes les adhérences qui étaient très-étendues. Cette opération ne laissa pas que de présenter quelques difficultés ; nous introduisîmes des sindons sous les paupières, pour prévenir une nouvelle adhésion des parties divisées. Malgré cette précaution, nous fûmes obligés de couper deux fois de nouvelles brides qui se formaient. Mais enfin, après un mois de persévérance et de soins, nous obtînmes une entière séparation de la paupière et du globe, et des cicatrices complètement indépendantes sur ces deux surfaces jadis adhérentes.

Lorsque les adhérences n'existèrent plus, l'ophthalmie catarrhale n'en persista pas moins, la muqueuse était épaissie d'un rouge légèrement violacé, l'humeur de Meibomius était sécrétée en abondance.

Nous conseillâmes 36 grains de calomel par jour, donnés suivant notre méthode ; nous en continuâmes l'usage à cette dose pendant six jours, sans qu'il se manifestât autre chose que deux selles diarrhéïques dans les premières vingt-quatre heures ; mais nous n'obtînmes aucune action sur l'appareil salivaire. Comme il n'y avait pas de sécheresse de la bouche,

(1) Boyer.

ni de rougeur de la langue, point de sensibilité abdominale, enfin aucun signe d'irritation intestinale, mais aussi pas d'amélioration dans l'état des yeux, nous crûmes pouvoir doubler la dose du remède ; ce ne fut pas sans quelque appréhension, et sans observer fréquemment le malade, que nous continuâmes pendant quatre jours le calomel à une aussi forte dose ; mais nous fûmes assez étonnés de n'observer aucune action sur les appareils digestif et salivaire, ni aucun changement dans l'état des yeux.

Nous augmentâmes alors d'un tiers la dose du remède, ce qui la porta à 108 grains par jour; nous en continuâmes l'administration à cette dose énorme pendant cinq jours, après lesquels il se manifesta une salivation abondante.

Les effets du remède furent évidens. Le lendemain les yeux étaient moins rouges et moins chassieux. Le mieux fit des progrès constans : enfin le 4 juillet, après deux mois et six jours de traitement, Laurent sortit parfaitement guéri. Il est dans ce moment à l'hôpital, où il est entré pour être traité d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius du bras droit ; il y a deux ans qu'il est débarrassé de l'ophthalmie dont nous venons de tracer l'histoire ; ses yeux sont depuis lors dans un état parfait.

Nous pensons qu'il est superflu de dire que l'on doit regarder comme une anomalie très-rare, une tolérance pour le calomel telle que celle qui existait chez ce malade, ce qui a nécessité des doses beaucoup plus élevées que celles que nous administrons ordinairement, et une plus longue durée dans le traitement.

Nous craindrions d'allonger trop ce travail, si nous citions de nouvelles observations d'ophthalmie catarrhale. Nous nous bornerons à porter notre attention sur un fait mentionné par Scarpa, et sur lequel on n'a pas assez insisté ; c'est sur la fréquence des aphthes qu'on observe sur la conjonctive palpébrale dans la généralité des cas d'ophthalmie catarrhale chronique. On doit, lorsque la maladie se montre rebelle renverser les paupières, et nous pouvons affirmer que presque toujours on trouvera des aphthes. Le plus souvent elles sont situées à la paupière inférieure, près du repli formé par la conjonctive, au moment où elle quitte le cartilage tarse, pour se porter sur la sclérotique. Le meilleur moyen pour les détruire, celui auquel nous ne les avons jamais vus résister, c'est la cautérisation faite légèrement et répétée plusieurs fois avec un crayon de nitrate d'argent très-aigu.

Cornéite ou kératite.

Cette maladie est plus commune qu'on ne le pense généralement. Weich (1) est le premier qui en ait donné une bonne description. Depuis lui M. G. Mirault, qui l'a nommée kératite, a fait remarquer, avec juste raison, qu'elle est assez fréquente. En effet, combien souvent ne voyons-nous pas, dès le début d'une maladie des yeux, la cornée perdre de sa transparence, devenir rougeâtre, opaline, puis se ramollir, enfin suppurer. Il en est de même de certains ulcères qui se développent spontanément sur la cornée, et que quelques auteurs ont regardés comme ne provenant pas de l'inflammation, mais qui ne nous semblent pas pouvoir être attribués à une autre cause. Nous regardons aussi la plupart des opacités et des staphylômes de la cornée, comme une suite de l'inflammation de cette membrane. MM. Lawrence (1) et Watson (2), partagent cette opinion ; si elle est adoptée, comme nous avons lieu de le croire, par la généralité des praticiens, on reconnaîtra combien est important un traitement qui arrêtera dès le début une inflammation dont les suites sont telles, que le plus souvent l'organe est privé de ses facultés.

Jouffret (François), cultivateur, âgé de 68 ans, entra à l'hôpital le 1er février 1833. Il disait avoir reçu beaucoup de poussière dans les yeux, et avoir fait de fréquens frottemens pour l'enlever. Il ressentait de la douleur dans les yeux ; les cornées étaient ternes et rougeâtres, la sclérotique présentait un cercle rouge autour de la cornée, la vue était entièrement trouble. La cornée était évidemment épaissie en bas, surtout celle de l'œil droit ; il y avait un commencement d'épanchement purulent entre les lames de cette membrane. Une saignée de 20 onces, et 36 grains de calomel furent prescrits : on en continua l'usage pendant huit jours, après lesquels le ptyalisme s'étant manifesté, on supprima le remède. A cette époque, on appliqua 30 sangsues aux chevilles, des vésicatoires aux bras, et on ordonna des bains avec affusions froides sur la tête.

Les progrès du mal furent arrêtés, la rougeur et les douleurs disparurent ; mais l'absorption de la matière épanchée entre les lames ne se fit qu'avec assez de lenteur. Le 25 mars Jouffret sortit, ne ressentant plus aucune douleur, l'œil gauche parfaitement guéri, mais conservant encore à la partie inférieure de la cornée de l'œil droit une légère teinte opaline, qui se dissipera avec le temps.

Nous avons plusieurs fois employé notre traitement dans des cas d'albugo et de staphylôme : nous avons remarqué qu'il facilitait l'absorption ; mais il nous a fallu y revenir à plusieurs reprises, produire plusieurs fois le ptyalisme, ou mieux encore employer une médication moins énergique, mais plus constante ; on en verra un exemple, lorsque nous parlerons de l'ophthalmie scrophuleuse, qui attaque de préférence, et souvent primitivement la cornée ; ce qui ne nous empêche pas d'en donner ici une observation qui nous paraît assez remarquable.

Bongéraud (Josephine), tailleuse, âgée de seize ans, jeune fille d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital le 29 juillet 1829, affectée d'un mal aux yeux grave.

Nous ne vîmes pas la malade à cette époque. On employa successivement les collyres anodins et iodurés, des sangsues aux mastoïdes, un séton à la nuque, des purgatifs, des pédiluves sinapisés. Ces divers moyens n'enrayèrent pas la marche de la maladie. Le 20 août, elle passa à notre service.

Les cornées étaient presque entièrement opaques, la sclérotique rouge, surtout aux environs de la cornée ; la con-

(1) Op. cit., pag. 80.

(1) Op. cit., pag. 307 et 309.

(2) *Compendium of the diseases of the eye*, pag. 82.

jonctive participait à la maladie, ainsi que les follicules de Meïbomius, qui sécrétaient abondamment de la chassie.

Le calomel fut administré ; on lava les yeux avec notre collyre ; au bout de huit jours il survint une vive irritation buccale ; mais aussi la rougeur et la sensibilité des yeux furent moindres, sans qu'on s'aperçût d'aucune amélioration du côté de la cornée. Dans les jours qui suivirent, la rougeur de la sclérotique et de la conjonctive se dissipa, et l'opacité des cornées parut diminuer, mais légèrement ; le 12 septembre nous revînmes au calomel. Cette fois la malade n'en put supporter l'administration que pendant trois jours, après lesquels il survint un ptyalisme abondant ; pendant cette seconde salivation, l'état des yeux s'améliora constamment. Des bains avec affusions froides furent administrés ; nous cautérisâmes quelques aphthes situées sur la conjonctive palpébrale ; insensiblement les cornées reprirent leur transparence ; enfin le 1er novembre, cette malade, qui naguère marchait vers une cécité absolue, qui avait vu son mal résister à divers moyens très-rationnels, fut rendue à la lumière, et depuis lors jouit d'une excellente vue.

Nous devons dire en terminant, que, dans les cas de staphylôme complet, comme dans les albugo anciens et épais, nous avons échoué complétement ; mais les désordres étaient tels, qu'il était impossible d'espérer de rendre à la cornée la diaphanéité nécessaire à l'exercice de la vision, et nous n'en parlons que pour faire connaître que nous avons fait des essais, dans des cas que nous regardions comme complétement désespérés, mais où nous voulions expérimenter jusqu'à quel point on pouvait compter sur l'action des traitemens.

Sclérotite.

Cette forme de l'ophthalmie n'a été bien étudiée que par M. Travers (1) et M. Wetch (2) ; cependant il nous paraît très-important qu'on y fasse une grande attention. En effet, l'ophthalmie catarrhale peut durer long-temps sans que la vue coure aucun risque, tandis que lorsque la sclérotique est le point de départ du mouvement fluxionnaire, on est exposé à voir très-facilement la maladie envahir les membranes internes qui en reçoivent les vaisseaux ciliaires, et devenir par conséquent très-dangereuse.

Si on objecte la difficulté de reconnaître quelle est la membrane qui est le point de départ de l'inflammation, nous dirons que l'uniformité dans la coloration, dont la teinte est rougeâtre, et unie comme une étoffe de couleur, et dont le point de départ est la partie voisine de la circonférence de la cornée, que la photophobie vive qui existe, et la douleur tensive sont des signes auxquels on ne peut méconnaître la sclérotique, comme point de départ du travail inflammatoire.

Marmoultier (Jean), soldat au 29e régiment de ligne, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital le 2 février 1831, présentant les sclérotiques d'une couleur rouge violacée, d'une teinte plus foncée autour des cornées. Il y avait intolérance pour la lumière ; des douleurs vives dans l'œil et dans la tête : au reste, la conjonctive et la cornée ne participaient que très-légèrement à la maladie. Nous prescrivîmes une forte saignée du bras, et 36 grains de calomel, à prendre chaque jour ; il en continua l'usage seulement pendant trois jours, après lesquels le ptyalisme étant survenu, nous supprimâmes le remède. La rougeur et la douleur diminuèrent dès que la salivation parut ; mais il y avait toujours photophobie ; nous fîmes appliquer trente sangsues aux chevilles, et prendre chaque jour un bain général avec affusions froides sur la tête ; on lava l'œil avec notre collyre. Les progrès vers le bien furent très-rapides chez ce malade ; il sortit complétement guéri le 25 du même mois, après vingt-trois jours de traitement.

Ophthalmie idiopathique.

On sait qu'il est des cas où il est impossible de préciser le point de départ de la maladie, de la localiser, comme disent les pyrétologistes. Nous trouvons ici en petit dans le globe oculaire, ce qu'on observe en grand dans l'organisme ; c'est-à-dire, que les affections aiguës dont on ne peut indiquer d'une manière certaine le point de départ, sont beaucoup plus graves que celles dont le siége est facilement déterminé, et qu'elles exposent beaucoup plus à la perte de l'organe, comme les affections générales exposent davantage à la perte du sujet.

Nous avons adopté le nom d'ophthalmie idiopathique proposé par Beer, comme exprimant le mieux une attaque simultanée de toutes les membranes externes par la cause morbifique ; seulement nous avons supprimé le mot externe, dont cet auteur fait suivre le mot idiopathique, puisqu'on sait que nous avons réservé le nom d'ophthalmie aux affections inflammatoires des membranes externes.

Lebolt (Antoine), voltigeur au 13e de ligne, âgé de vingt-trois ans, robuste, adonné au vin, a souvent les yeux rouges ; on aperçoit même quelques vaisseaux variqueux vers l'angle interne. Le 21 février 1833, il entre à l'hôpital ; le globe de l'œil est injecté ; les yeux sont larmoyans, et sont le siége d'une douleur très-vive et brûlante, qui semble s'étendre jusqu'aux joues ; la conjonctive forme un chémosis ; le mouvement des paupières est difficile et douloureux ; le malade croit que son œil est trop volumineux pour être contenu dans l'orbite.

Nous prescrivîmes une saignée de 20 onces, du bras, et 36 grains de calomel. L'action de ce remède ne fut pas très-énergique chez ce sujet, aussi les progrès de la maladie furent arrêtés, mais le mieux ne fut sensible que le 5 mars, époque à laquelle nous supprimâmes le calomel, quoiqu'une salivation légère se fût manifestée dès le 27 février.

On voit que ce malade prit 36 grains de calomel pendant treize jours, sans en éprouver d'accidens. Après ce laps de temps, le ptyalisme étant bien établi, et l'amélioration dans l'état des yeux étant évidente, nous supprimâmes le calomel. Nous ordonnâmes le petit lait, un gargarisme chloruré, des bains avec affusions froides sur la tête, et des vésicatoires aux bras ; dès ce jour le mieux fit des progrès constans, et Lebolt sortit de l'hôpital le 10 avril, parfaitement guéri.

Nous bornerions là ce que nous avons à dire sur l'ophthal-

(1) Op. cit., pag. 120.
(2) Op. cit., pag. 27.

mie idiopathique, si on ne la voyait, sous l'influence de certaines causes qui la produisent, prendre des caractères déterminés, qui ont engagé les auteurs à lui donner des noms particuliers, quoique, selon nous, ce ne soient que des degrés divers de la même affection, subissant des modifications inévitables produites par les conditions individuelles où se trouve le malade. Mais on aurait trouvé une trop grande lacune dans ce Mémoire, si nous ne nous étions pas occupés des ophthalmies purulentes blennorrhagiques et scrophuleuses.

Ophthalmie purulente.

L'étiologie de cette affection a trop occupé les médecins, pour que nous ne croyions pas nécessaire de faire connaître ce que l'observation nous a appris sur ce point. On sait que MM. Mac-Gregor (1), Edmonstone, Wetch (2), Rust, Walther et Graëf, pensent que cette affection est contagieuse. Quant à nous, habitant un climat chaud, nous avons été souvent à même de l'observer dans notre hôpital, et jamais nous ne l'avons vue se communiquer par voie de contagion à des malades qui vivaient dans les mêmes salles, couchaient dans des lits voisins : aussi nous ne pensons pas qu'elle soit contagieuse; nous partageons l'opinion du courageux M Mackenzie (3), qui ne craignit pas de se placer sur les yeux un linge imbibé du pus qui s'écoulait des yeux affectés d'ophthalmie purulente à la période la plus aiguë.

Cette affection ne nous semble être qu'une ophthalmie idiopathique grave, présentant des modifications qui proviennent, soit des conditions atmosphériques, soit des conditions individuelles. Aussi ne sommes-nous nullement surpris que Richter n'en ait pas parlé, que Scarpa n'en dise pas un mot dans sa première édition, ainsi que Beer qui n'en fait mention que dans sa seconde édition, où il considère cette ophthalmie comme une ophthalmie catarrhale ordinaire aggravée par des circonstances locales.

Chazard (Jean-Baptiste), homme de peine, âgé de quarante-huit ans, ayant perdu un œil, à l'âge de douze ans, à la suite d'une ophthalmie grave survenue spontanément, entre à l'hôpital, le 3 septembre 1830, avec une ophthalmie purulente au seul œil qui lui reste, caractérisée par le gonflement des paupières, la sensation de sable dans l'œil, le chémosis, la rougeur écarlate de la conjonctive qui fait saillie entre les paupières, les rend immobiles, et l'écoulement abondant d'un fluide puriforme.

Après avoir fait pratiquer une saignée de 30 onces, nous ordonnons 36 grains de calomel, dont le malade fit usage seulement pendant trois jours, après lesquels la bouche s'affecta vivement. Nous fîmes appliquer 25 sangsues aux chevilles, laver trois fois par jour l'œil avec notre collyre. Dès le cinquième jour, il y eut une amélioration évidente, et le 23 du même mois, Chazard sortit, ne conservant aucune trace d'une affection aussi grave.

Lorsque cette ophthalmie n'est pas soumise dès son début à un traitement énergique, on sait que souvent elle amène la perte de la vue; mais même dans les cas où elle n'a pas une suite aussi funeste, elle produit des altérations dans les membranes externes qui résistent ensuite à tous les moyens mis en usage pour les détruire : il ne sera peut-être pas sans quelque intérêt d'en donner ici un exemple.

Astier (Philippe), grenadier au 29e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, avait eu à Alger une ophthalmie grave, qui, d'après ce qu'il nous rapporta, avait tous les caractères de l'ophthalmie purulente. Nous ne pûmes avoir aucuns renseignemens précis sur le traitement qui fut employé; seulement ce dont nous pûmes nous assurer, c'est qu'il ne fut jamais complétement guéri, puisqu'il fut évacué sur notre hôpital, afin de le soustraire à l'influence pernicieuse du climat d'Afrique.

Il entra à l'hôpital le 28 novembre 1830; divers moyens furent employés, sans qu'on obtînt d'amélioration dans son état.

Le 1er janvier 1831, il fut admis dans notre service. Nous trouvâmes les yeux dans l'état suivant : paupières épaissies, conjonctive palpébrale granulée et parsemée d'aphthes, conjonctive oculaire épaissie, rouge; à la coloration uniforme et violacée, on voit que la sclérotique participe à l'inflammation; ulcérations de la cornée intéressant plusieurs de ses lames, mais non toute son épaisseur; photophobie telle, que l'aspect de la lumière produit le renversement du globe et des douleurs intenses dans les yeux et la tête.

Une forte saignée précéda l'usage du calomel qui fut donné pendant six jours à la dose de 36 grains; des lotions furent faites avec notre collyre; à cette époque, la salivation se manifesta, et il y eut une amélioration évidente dans l'état des yeux; mais lorsque la sécrétion de la salive diminua, l'ophthalmie reprit son intensité primitive. Nous fîmes placer 40 sangsues aux chevilles, et prendre des bains avec affusions froides sur la tête. Ces moyens parurent amender momentanément la maladie; mais bientôt les yeux furent aussi malades que le premier jour où nous les avions vus. Nous revînmes au calomel, dont nous continuâmes l'usage pendant cinq jours comme la première fois; nous obtînmes de l'amélioration; nous touchâmes les aphthes de la conjonctive avec le nitrate d'argent. Cette fois il y eut de la persistance dans le mieux; mais les yeux restèrent très-irritables, et la cause la plus légère les rendait rouges et douloureux pendant quelques jours.

Enfin, après trois mois de traitement pendant lesquels nous revînmes, à diverses reprises, aux applications des sangsues aux chevilles et aux bains avec affusions froides sur la tête, Astier désira quitter le service militaire. Nous le réformâmes le 1er mars : il avait des taies profondes sur les deux yeux, qui gênaient l'exercice de la vision; les granulations et les aphthes de la conjonctive étaient guéries. Le 15 avril, il sortit de l'hôpital.

Nous avons depuis lors complètement perdu de vue ce malade; mais nous pensons qu'il aura besoin d'user de grands

---

(1) *Trans. of society for the improvement of med. and chir.*, Knowledge, vol. III, pag 15.

(2) On account of the ophthalmia wish has appeared in england since the return of the british army from Egypt. London, 1807.

(3) Voy. *Edimb. méd. and surg. Journ.*, vol. XII, pag. 411.

ménagemens pour ne pas éprouver de récidives de son ophthalmie. Nous avons à dessein choisi un des cas les plus graves qui aient été soumis à notre observation, pour montrer que, même alors, notre traitement, sans amener une guérison entière, devenue désormais impossible, place le malade dans les conditions les moins défavorables qu'il puisse espérer.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Nous avons souvent l'occasion d'observer l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés et les enfans en bas âge, qui sont amenés à l'hôpital de la maison centrale des enfans trouvés, où ils sont confiés à des nourrices mercenaires, dont les soins ne peuvent jamais remplacer ceux d'une mère, qui seuls suffisent souvent pour prévenir cette funeste maladie, comme Langenbeck a eu l'occasion de l'observer à l'hôpital d'accouchement de Vienne, comparé avec la maison des enfans trouvés de cette ville. On sait combien souvent cette maladie est suivie de leucoma, de synézizis, de staphylôme, de la destruction même complète de l'organe de la vision. M. Lawrence (1) remarque que, dans les hospices d'enfans trouvés, un grand nombre périt des suites de l'ophthalmie purulente.

Nous avons ici été obligés de modifier notre traitement; soit la difficulté de faire avaler du calomel aux enfans, soit la négligence que les nourrices apportent à son administration, soit une irritabilité telle du tube digestif, qu'elle ne permet pas de produire une excitation sur l'appareil salivaire : nous avons eu peu à nous louer de l'administration du calomel, mais nous y avons suppléé très-avantageusement par les frictions mercurielles.

Nous les prescrivons ordinairement quotidiennes, avec de l'onguent mercuriel double, à la dose d'un demi-gros. Nous n'avons même pas craint, dans les cas où il y avait résistance de la part du mal, et tolérance pour le remède, d'en pousser la dose à un gros par jour. Nous sommes rarement obligés de faire plus de cinq ou six frictions; nous en avons pourtant, dans quelques ophthalmies rebelles, fait jusqu'à douze.

Lorsque l'enfant est pléthorique, nous faisons toujours précéder les frictions d'une application de quatre ou six sangsues aux chevilles. Dès le début nous employons notre collyre.

Dans la généralité des cas, le mieux se manifeste du quatrième au cinquième jour : quelquefois le mal résiste davantage; mais nous pouvons affirmer que jamais nous n'avons vu d'enfant perdre les yeux, lorsque nous avons pu le soumettre au traitement que nous venons d'indiquer, avant que le mal eût produit des altérations irréparables. Même dans des cas où il existait des lésions graves qui devaient laisser des traces ineffaçables, telles par exemple, que des taies larges et profondes, les progrès du mal étaient arrêtés dès que l'action du remède sur la bouche était appréciable.

(1) Op. cit., pag. 169.

Ophthalmie blennorrhagique.

Une marche très-rapide dans les symptômes de l'ophthalmie suppurative, telle que l'organe est menacé de destruction, l'existence actuelle ou antérieure d'une blennorrhagie, le siége de la maladie dans un seul œil, tels sont les caractères que les auteurs assignent à l'ophthalmie blennorrhagique, pour la distinguer de l'ophthalmie purulente : elle ne nous paraît être que cette dernière affection, portée à son plus haut degré d'acuité. Nous ne sommes pas les seuls à avoir cette manière de voir. Pearson (1) pense qu'il n'y a aucun rapport entre l'ophthalmie et l'inflammation urétrale; Weick (2) a vu un de ses élèves tenter vainement de se procurer une ophthalmie en s'appliquant du virus blennorrhagique sur les yeux. Ce qu'il y a de positif, c'est que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous assurer que le conseil de rétablir l'écoulement, donné par Beer, Richter, et répété par ces hommes qui font des livres avec des livres, et non avec des faits, nous paraît non seulement sans utilité, mais encore pernicieux, puisqu'il engage à renouveler une maladie qu'il est souvent très-difficile de guérir, sans qu'il en résulte aucun avantage pour le malade. M. Lawrence (3) fait à ce sujet une remarque fort juste, c'est que l'inflammation aurait le temps de detruire l'œil, avant que l'écoulement se fût rétabli.

Touze (Dominique), fusilier au 29e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entra à l'hôpital le 4 novembre 1830, pour être traité d'une blennorrhagie chronique. Il ne suivit pas exactement le traitement qu'on lui avait prescrit. Le 2 janvier 1831, il fut subitement pris d'une ophthalmie grave, et envoyé dans notre service. L'œil droit seulement est affecté, la sclérotique et la conjonctive sont d'un rouge vif, il y a chémosis volumineux, écoulement puriforme abondant, des douleurs insupportables dans l'œil et dans la tête. Le diagnostic n'était pas douteux, nous prescrivîmes de suite une large saignée de trente onces; et trente-six grains de calomel. Le lendemain l'état du malade n'étant pas amendé, comme il est important, dans cette ophthalmie, d'agir avec une grande promptitude, nous doublâmes la dose du calomel, nous en continuâmes l'usage pendant quarante-huit heures. Dans cet espace de temps, il prit deux gros de calomel. Le 5 janvier, après trois jours de traitement, la bouche s'affecta vivement, il se manifesta une salivation abondante, mais aussi il y eut une amélioration prompte dans l'état des yeux : nous supprimâmes le calomel, nous fîmes appliquer vingt-cinq sangsues aux chevilles, faire des fréquentes lotions avec notre collyre, et prendre des bains avec affusions froides sur la tête : à dater de ce jour, le mieux fit des progrès constans. Le 20 janvier, il n'y avait d'autres traces d'une affection aussi grave, qu'une légère rougeur, et une sécrétion dans l'humeur de Meïbomius; ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et le 10 février, Touze sortit complétement guéri.

(1) Voy. trad. de l'ouvrage de Scarpa, par Briggs, p. 197.
(2) Op. cit., pag. 242.
(3) Op. cit., pag. 197.

Ophthalmie scrophuleuse.

Parmi les modifications observées dans la marche de l'ophthalmie idiopathique, celles qui proviennent de la constitution scrophuleuse, ont dû nécessairement fixer l'attention des praticiens, d'abord par leur fréquence, qui est telle, que Beer (1) pense qu'à Vienne, sur cent enfans affectés de maladie des yeux, quatre-vingt-dix offrent les symptômes de l'ophthalmie scrophuleuse, et que Benedick (2) de Breslaw en porte même le nombre à quatre-vingt-quinze pour cent; ensuite par une particularité qui doit engager les médecins à surveiller soigneusement les enfans scrophuleux, qui ne présentent même que des symptômes légers d'ophthalmie. En effet, si la photophobie, l'abondance de la sécrétion des larmes, sont données comme les signes caractéristiques de cette affection, il en est un sur lequel les auteurs ne nous semblent pas avoir assez insisté; nous voulons parler de la forme insidieuse que revêt souvent cette ophthalmie; ainsi on voit quelquefois des yeux étant à peine rouges, peu douloureux, la cornée être, dans l'espace de vingt-quatre heures, couverte de pustules, qui, en s'ulcérant, intéressent plus ou moins profondément les lames qui la composent, quelquefois même la perforent complétement, et produisent un prolapsus de l'iris.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de conclure qu'il est important d'agir dans quelques circonstances avec une énergie qui ne semble pas exigée par l'intensité des symptômes. Le traitement offre en outre dans la généralité des cas, des modifications qu'il est indispensable de noter.

Marcellin (Françoise), âgée de douze ans, appartenant à une mère qui porte au col des traces d'anciens ulcères scrophuleux, présentant elle-même des cicatrices de cette nature, fut amenée à l'hôpital le 31 janvier 1833. Elle est affectée d'une ophthalmie intense avec larmoiement considérable, et photophobie; les yeux sont difficilement examinés, ils présentent des traces d'ophthalmies précédentes: en effet, la mère nous annonce que, depuis deux ans, son enfant avait eu plus ou moins mal aux yeux; les cornées sont d'une couleur opaline, elles présentent çà et là quelques ulcères; la conjonctive n'est pas extrêmement rouge. Nous faisons immédiatement appliquer ving-cinq sangsues aux chevilles, et nous prescrivons trente-six grains de calomel à prendre chaque vingt-quatre heures. Après quatre jours de son administration, une salivation abondante se manifeste, les accidens diminuent, mais la photophobie persiste; nous la combattons par la belladone, ajoutée au collyre, et donnée à l'intérieur, par les bains et les vésicatoires. Nous réussimes par ce traitement, après un mois, à vaincre complètement l'inflammation; mais il nous restait à détruire les lésions qu'elle avait produites, et à prévenir son retour: nous y parvînmes par les moyens suivans:

Nous mîmes la malade à l'usage du proto-iodure de fer à l'intérieur, donné d'abord à la dose d'un grain, matin et soir, poussé graduellement jusqu'à douze grains par jour. Nous fîmes pratiquer des insufflations avec le collyre sec de M. Dupuytren (1) Le 22 avril Marcellin sortit complètement guérie.

Cette observation peut servir d'exemple pour la généralité des cas. Nous devons cependant dire que si ce traitement nous a procuré des succès constans, il ne nous a pas toujours mis à l'abri des récidives. Nous avons vu quelquefois, rarement il est vrai, des malades sortis de l'hôpital complètement guéris, revenir quelques mois après, présentant de nouveau tous les caractères de l'ophthalmie scrophuleuse, qui, soumise au même traitement, a cédé de nouveau. Heureusement que les cas de ce genre ne sont pas fréquens.

Si nous n'avions pas craint de trop allonger ce travail, nous eussions donné un plus grand nombre d'observations sur les diverses variétés de l'ophthalmie. On y eût peut-être vu quelques particularités qui n'auraient pas été sans intérêt; mais nous avons craint de fatiguer notre lecteur, et nous allons nous occuper des maladies qui affectent spécialement les parties contenues dans le globe de l'œil.

(*La suite à un prochain cahier.*)

(1) Op. cit., pag. 205.
(2) Op. cit., pag. 205.

(1) Calomelas préparé à la vapeur. } Parties égales.
Sucre candi. . . . . }
Tuthie préparée. . . . . }
Réduisez en poudre impalpable.
C'est celui de tous les collyres propres à détruire les taies, qui nous a le mieux servi.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

—

Leçons du professeur Samuel Cooper sur les diverses maladies de l'œil, faites à l'Université de Londres, en 1833.

L'onyx, abcès de la cornée, consiste en une collection de pus renfermé entre des lamelles; il a été ainsi appelé parce qu'il représente une forme sémi-lunaire, comme la tache blanche qu'on remarque à la racine de l'ongle. L'onyx est généralement placé à la partie la plus déclive de la cornée, et lors même qu'il est étendu, il est facile de le distinguer de l'hypopion par sa forme, et sa situation qui reste immobile, quelle que soit la position de la tête du malade.

Le traitement consiste principalement dans l'emploi des remèdes usités pour les ophthalmies dont on a reconnu la nature, et dont l'onyx est un produit. En général, il ne faut ouvrir aucune collection de pus formé dans les pellicules de la cornée, car on court le risque alors d'augmenter plutôt que de diminuer l'opacité de cette membrane, et de faire naître un prolapsus de l'iris. Quand cependant l'onyx a une tendance à couvrir la cornée tout entière, il devient nécessaire de faire une ouverture avec un couteau à cataracte.

Messieurs, vous entendrez souvent parler de l'hypopion, qui est une collection de pus dans les chambres de l'humeur aqueuse, et fréquemment dans l'antérieure. Ce pus s'observe toujours d'abord au fond de cette chambre, jusqu'à ce qu'il couvre non seulement la pupille, mais la baigne ensuite ainsi que la chambre tout entière. Quelquefois cette matière change de position à chaque mouvement de tête, et, dans d'autres circonstances, ses propriétés épaisses et glutineuses la fixent en un seul point. Si cette maladie est négligée, la pro-éminence de la cornée augmente, et après les douleurs les plus lancinantes, cette membrane se déchire; la douleur cesse alors, l'iris tombe en avant, fait hernie et devient adhérente à la cornée.

Dans le traitement, la principale indication est de combattre l'inflammation de la cornée ou de l'iris, de laquelle est né l'hypopion. Si vous réussissez à y parvenir promptement et à administrer ensuite le mercure, l'absorption se fera alors si vite dans la chambre antérieure, qu'il n'y restera aucune trace de matière purulente. La règle générale la meilleure, est de s'abstenir de faire une ouverture, car en effet on n'aura guère à espérer qu'une lymphe visqueuse, qui ne s'écoulera pas même après la ponction. Si la prunelle venait à suppurer, les choses seraient différentes, et alors une ouverture pour vider l'abcès serait d'impérieuse nécessité.

Les ulcères de la cornée sont fréquemment la conséquence de petits abcès ou d'un onyx. Dans l'ophtalmie purulente, cependant, la suppuration commence généralement à la partie externe, et pénètre de plus en plus profondément jusqu'à ce qu'elle parvienne dans la chambre antérieure. Quelquefois les ulcérations de la cornée proviennent de l'irritation produite par des substances étrangères appliquées sur l'œil, telles que de la chaux vive ou des morceaux de verre. L'ulcère est couleur cendre pâle, ses bords sont élevés et irréguliers; sa marge entourée d'un léger cercle rouge, couvert de lymphe, ou d'apparence nuageuse; il détermine une douleur aiguë, sécrète une lymphe légère et est disposé à s'étendre. Quant à la disposition de la lymphe autour de la plaie, vous y observerez un faisceau de vaisseaux partant de la conjonctive, supérieurement rendu dans une gravure coloriée par Beer lui-même.

Quand l'ulcération s'étend superficiellement, la transparence de la cornée peut être détruite, et quand elle pénètre jusque dans la chambre antérieure, l'humeur aqueuse s'échappe, et il en résulte un prolapsus de l'iris. Si l'ouverture est large, l'humeur vitrée et le crystallin peuvent sortir, et l'œil est détruit. Enfin si le désordre est moins grand, la cicatrice produit fréquemment une tache indélébile sur la cornée et une lésion plus ou moins grande de la vision.

Traitement. La saignée locale est indiquée aussi longtemps qu'il y a apparence d'inflammation active, et que beaucoup de douleur est ressentie dans l'œil. Le ventre doit être tenu libre, l'opium administré. Dans des cas strumeux, prescrivez le sulfate de quinine, et lavez l'œil avec un collyre contenant de l'iode, d'après la formule de Lugol. Dans l'ulcère superficiel chronique, ordonnez le calomel. Dans presque tous les cas, la contre-irritation est utile.

Quand l'ulcère ne peut guérir, par suite de l'irritation que cause le mouvement des paupières, et qu'il maintient l'état inflammatoire de l'œil, le caustique est le meilleur remède.

Maintenant, Messieurs, je porterai votre attention sur le glaucome, ainsi appelé de sa couleur verdâtre. L'iris, dans cette maladie, prend une couleur terne (Dull) ou d'un verd sale; la pupille est dilatée, l'œil douloureux, ses vaisseaux distendus et la vision généralement détruite. Au début, cette coloration semble venir du fond de l'œil; la maladie avance-t-elle, l'opacité qui est toujours d'une couleur verdâtre et souvent vert de mer, parait comme si elle était située dans le centre de l'humeur vitrée; et enfin, plus tard, elle semble placée immédiatement derrière la lentille. L'opacité et la coloration verdâtre ne sont pas le résultat d'un changement dans la lentille cristalline, mais ces effets sont plus profondément situés: vous ne pouvez apercevoir le changement en regardant à travers l'œil par les côtés, mais seulement à travers le fond de l'œil.

Scarpa attribue l'état glaucomateux de l'œil à l'inflammation et l'épaississement de la rétine; le professeur Beer, à une altération semblable de l'humeur vitrée; et d'autres chirurgiens, à des changemens morbides dans ces deux tissus. M. M'kensie de Glascow, qui a eu occasion de disséquer quelques yeux glaucomateux, a trouvé la choroïde, et particulièrement la portion qui est en contact avec la rétine, d'une couleur brun clair, sans apparence de *pigmentum nigrum;* l'humeur vitrée était dans un état fluide, tout à fait sans couleur ou légèrement jaune, sans trace de membrane hyaloïde; la lentille avait la couleur de l'ambre jaune, et était ferme et transparente. Dans la rétine, point de trace d'ouverture centrale, point de *limbus luteus;* nul autre changement n'y était remarqué, car elle n'était ni épaissie, ni changée de couleur; l'humeur vitrée elle-même était parfaitement fluide et transparente.

Le glaucôme est toujours accompagné du mouvement limité et lent de la pupille, et d'autres symptômes amaurotiques; en dernier lieu enfin, la pupille est extrêmement dilatée, et la rétine devient insensible à la lumière. La perte de la vision est généralement graduée, et l'absence du *pigmentum nigrum* a été soupçonnée comme capable de donner quelque explication de la faiblesse de la vue qui accompagne le glaucôme dans son début. Ceci, toutefois, pourrait bien ne pas satisfaire tous les pathologistes; nous-mêmes ne sommes pas sûrs que le manque de *pigmentum nigrum* soit une cause essentielle de chaque glaucôme.

L'inflammation, développée jusqu'à détruire la membrane hyaloïde, pourrait peut-être être considérée comme la cause prochaine de chaque glaucôme; cette maladie est beaucoup plus commune chez les vieillards que chez les jeunes sujets, et elle parait principalement être la conséquence de l'inflammation lente des tissus internes de l'œil dans les constitutions goutteuses.

Soyez sûrs, Messieurs, de ne jamais prendre le glaucôme pour la cataracte, la couleur de l'œil suffisant toujours pour prouver que le cas n'est pas celui d'une simple cataracte lenticulaire, car l'opacité de la lentille seule n'est jamais verte; quand vous dilatez la pupille avec la belladone, la couleur verdâtre semble placée au delà de la pupille; elle est en outre uniforme et non striée ou marquée comme une cataracte.

Lorsque le glaucôme s'est développé dans un œil, vous le verrez généralement se développer dans l'autre, et chez différens sujets on l'a souvent observé dans les deux yeux à la fois. Un fait certain, Messieurs, c'est que le glaucôme complet doit être regardé comme entièrement incurable, bien que dans le début de la maladie il soit possible d'en arrêter les progrès, et de rendre la vue meilleure. Je dirai que le pronostic est toujours particulièrement défavorable; un traitement antiphlogistique doux, avec le calomel et l'opium, peut-être tenté, mais on ne doit espérer qu'un très-faible résultat.

Au lieu de mercure, M. M'kensie de Glascow a essayé le carbonate de fer et le sulfate de quinine immédiatement après la saignée; mais je ne connais pas de fait heureux qui soit résulté de cet essai. La dilatation de la pupille avec la solution aqueuse de belladone a quelquefois rendu temporairement la vue meilleure.

Messieurs, j'ai à vous parler de l'iritis. Quand vous vous rappelez que le sang est apporté à l'iris par les deux longues artères ciliaires, l'externe et l'interne, qui ne sont que peu liées avec lesartères des autres parties de l'œil, vous concevez pourquoi l'inflammation de cet organe existe fréquemment, indépendamment de celles connues sous les noms de *conjonctivite, sclerotitis, corneitis*. Il faut aussi observer que la gravité de l'iritis résulte de ce que cette inflammation participe de l'inflammation adhésive, et que la moindre négligence peut favoriser l'occlusion complète et irrémédiable de la pupille par l'épanchement d'une lymphe plastique.

L'iritis peut être accompagnée d'un certain degré d'inflammation de la sclérotique, de la partie antérieure de la capsule lenticulaire, et trop souvent même de l'inflammation de la choroïde et de la rétine. Néanmoins, l'iris est franchement le foyer du mouvement inflammatoire, l'affection commence sur le bord pupillaire, et les autres parties sont subséquemment affectées par continuité ou par sympathie.

L'iritis, Messieurs, est divisée en idiopathique, symptomatique, aiguë, chronique; il y a aussi plusieurs variétés particulières, que j'exposerai présentement. Certains symptômes communs caractérisent l'iritis, quelle que soit la cause qui y a donné lieu.

Au début, vous pouvez remarquer des petits vaisseaux rouges, se développant en faisceaux de la sclérotique à la cornée, où ils forment une zone rouge, tandis que le reste de la sclérotique conserve presque sa pâleur naturelle, bien qu'ensuite elle devienne uniformément rouge.

Dans cette gravure coloriée, vous voyez la maladie commençante. Il y a une zone autour de la cornée; mais le reste de la sclérotique offre à peine de la rougeur.

Un autre symptôme commun à l'iritis est un changement de couleur dans l'iris. Si l'iris est naturellement gris ou bleu, il devient verdâtre; si sa couleur est noire, il devient brun-rouge. Ceci est dû à un dépôt de lymphe de couleur semblable sur sa surface. Ensuite vous pouvez fréquemment observer des tubercules irréguliers ou des éminences développées sur la marge de la pupille ou sur l'iris lui-même.

Un autre symptôme, observé dans chaque iritis, est une tendance à la contraction, à l'irrégularité et à l'immobilité de la pupille.

Vous remarquerez souvent aussi, Messieurs, un épanchement de lymphe dans la pupille et la chambre postérieure, et quelquefois dans l'antérieure. Dans l'iritis rhumatismale, la lymphe est cependant moins répandue que dans l'iritis syphilitique.

L'horreur de la lumière est un autre effet de l'iritis en général. Mais cette horreur est beaucoup plus grande dans l'iritis rhumatismale que dans l'iritis syphilitique.

Une chose que vous ne devez pas perdre de vue, est la disposition, dans chaque iritis, à la production d'adhérences entre le bord pupillaire et la capsule de la lentille, l'iris et la cornée, et même entre la partie postérieure de l'iris et les procès ciliaires. Ces adhérences sont ordinairement de couleur noire, comme celle du bord de l'uvée.

A ces symptômes communs de l'iritis, joignez la perte de la lumière, et quelquefois une cécité complète; de la douleur dans l'œil, l'orbite, le front, souvent des exacerbations nocturnes, sont aussi des accompagnemens invariables de l'iritis.

Nonobstant ce que je viens de dire, l'iritis, quand il y a amaurose, peut offrir une dilatation de la pupille.

Maintenant, Messieurs, quant aux causes de l'iritis, je dois faire observer que l'exposition aux changemens atmosphériques, et à une très-vive lumière, la syphilis, les scrofules, la goutte, le rhumatisme, les blessures de l'œil, tout doit entrer dans leur appréciation. L'iritis, ai-je dit, peut-être aiguë ou chronique. Quand elle est aiguë, l'inflammation commence à la marge pupillaire de l'iris, s'étend rapidement sur toute sa surface, et affecte à la fois les tuniques externe et interne. Dans l'iritis chronique, l'inflammation commence quelquefois à la marge ciliaire de l'iris, d'où elle peut s'étendre lentement jusqu'aux autres tissus internes. L'iritis chronique donne aussi quelquefois lieu à un épanchement de lymphe et à une adhérence du bord de l'iris à la capsule cristalline, sans inflammation patente des autres tissus de l'œil. Entre l'iritis chronique latente et le caractère le plus aigu, vous rencontrerez de nombreux exemples, dans lesquels chaque degré de mouvement inflammatoire est marqué.

L'iritis aiguë est généralement accompagnée de maux de tête; d'insomnie; le pouls est plein et fort, la langue blanche; il y a soif, perte d'appétit, constipation. Dans quelques cas, considérés comme aigus, il faut avouer que les symptômes d'acuité prévalent seulement à un faible degré.

Qu'ai-je à vous dire maintenant de l'iritis syphilitique? Elle est caractérisée par des dépôts de lymphe tuberculeux, par une décoloration brun-rouge du cercle interne de l'iris, par des exacerbations nocturnes, ressenties à un bien plus faible degré, ou pas du tout, pendant le jour, selon la syphilis, et, dans d'autres circonstances, selon l'existence concomitante d'autres symptômes syphilitiques. Alors, il y a une difformité angulaire de la pupille, qui, selon Beer, est ordinairement dirigée vers la racine du nez, et selon M. Guthrie, pas plus fréquemment dans cette direction que dans d'autres.

Dans l'iritis idiopathique, où il n'y a pas de dépôt distinct sur l'iris, ou cet organe présente comme une bosselure jaune, brillante, augmentant à une certaine distance, et se rompant ensuite pour laisser échapper une matière jaune du fond de la chambre antérieure. Vous n'observerez pas de

semblables petits abcès jaunes dans l'iritis syphilitique.

Dans l'iritis arthritique ou celle supposée être liée à une constitution goutteuse, la lymphe est exsudée d'abord de la pupille et non déposée, et ses adhérences sont généralement blanches. Dans l'iritis idiopathique et arthritique, la pupille conserve ordinairement sa forme circulaire et sa position centrale dans l'iris. Dans l'iritis goutteuse et rhumatismale, on remarque fréquemment une zone blanche au pourtour de la cornée.

Dans le traitement de l'iritis, vous aurez à remplir trois indications principales :

1° Combattre l'inflammation ;

2° Prévenir l'épanchement de la lymphe, faciliter son absorption si l'épanchement a eu lieu ;

3° Empêcher la contraction de l'iris et la formation d'adhérences entre la marge de l'iris et la capsule du cristallin.

La première indication, ou celle d'empêcher l'inflammation, peut se remplir par un traitement antiphlogistique, la saignée, des sels purgatifs, l'antimoine tartarisé. Si vous n'arrêtez pas l'inflammation, elle s'étendra bientôt à la choroïde, à la rétine, et la vision courra quelque danger. Ayez donc recours à la saignée temporale ou jugulaire. La saignée, le sulfate de magnésie, le tartrate d'antimoine unis à d'autres moyens antiphlogistiques, amèneront quelquefois la cure de l'iritis, si tout est ponctuellement suivi ; mais le plus ordinairement d'autres remèdes sont nécessaires. Le traitement antiphlogistique diminue la congestion du sang dans l'œil, enlève la rougeur, apaise la fièvre ; mais il ne réussit pas toujours à empêcher l'épanchement de la lymphe et à faciliter l'absorption de ce qui a été épanché.

Ce fait qu'il est nécessaire de considérer comment on remplit la seconde indication, celle de prévenir l'épanchement de la lymphe, et d'activer son absorption lorsque l'épanchement a eu lieu. L'expérience prouve que le grand remède à ce dessein est le mercure employé promptement et franchement, de manière à affecter l'économie. On doit le mettre en usage immédiatement après la saignée ou autres moyens de déplétion ; son effet est de changer l'action des vaisseaux de l'iris, de manière à ce qu'ils puissent perdre leur disposition à épancher une lymphe coagulable, et que ce qui a été épanché puisse être absorbé. L'iris reprend sa couleur naturelle, la cornée redevient nette, la zone rouge qui l'entoure s'efface, et la vision se rétablit. Toutes ces améliorations se succèdent rapidement quand le système est promptement placé sous l'influence du mercure. C'est ici le cas de conseiller de laisser dominer cette influence plus fortement que l'on ne le croit ordinairement nécessaire dans d'autres cas de maladie ordinaire. Je donne habituellement deux grains de calomel avec la troisième partie d'un grain d'opium toutes les quatre ou six heures.

La troisième indication, celle de tenir la pupille dilatée, demande l'application de la belladone ; son administration doit toujours être précédée par la saignée. D'autres narcotiques, tels que le stramonium, la jusquiame, produisent le même effet ; mais la belladone est généralement préférée comme étant plus effective. ℈ j d'extrait devra être dissous dans ℥ j d'eau distillée et filtrée ; une ou deux gouttes de cette préparation devront être instillées sur l'œil pendant la journée. Si l'inflammation est aiguë, il est, je pense, meilleur d'humecter la paupière supérieure, le front et le sourcil avec l'extrait lui-même. L'autre méthode est sans doute plus prompte, mais l'état inflammatoire de l'œil l'exclut souvent. Cet usage de la belladone est très-important, non-seulement comme tendant à prévenir l'occlusion de la pupille, mais aussi comme propre à tenir ses bords éloignés de la capsule lenticulaire, et même à tenir l'iris éloignée d'une telle manière, que s'il y a déjà des adhérences formées et une lymphe légère, elles disparaîtront, et la pupille recouvrera encore sa grandeur naturelle et sa mobilité. Cet heureux changement est aussi matériellement dû à l'usage simultané du mercure ; les autres applications locales sont d'une importance secondaire. Les fomentations de pavot apportent ordinairement beaucoup de soulagement, mais les applications froides pourront être mises en usage si on le préfère. Les vésicatoires ne sont à conseiller que quand la maladie est devenue chronique, ou, à tout événement, pas avant qu'on ait fait souvent usage de la saignée et du mercure.

Dans l'iritis *arthritique* ou *goutteuse*, je puis dire, Messieurs, que le mercure n'est pas considéré si utile que dans les formes idiopathique ou syphilitique de la maladie ; le colchique et la magnésie, et à l'état chronique, le vésicatoire, le carbonate de fer et le quinine, sont des moyens que des praticiens placent en première ligne. N'oubliez pas surtout que l'iritis syphilitique ne peut absolument guérir sans mercure ; cette maladie peut céder quelquefois au traitement antiphlogistique seul, et M. Hugh Carmichael, de Dublin, a publié une série d'excellens exemples d'iritis syphilitiques qui ont été guéries avec un gros de térébenthine dans une émulsion d'amandes, administrée trois fois par jour. Cependant il n'avait recours à cette pratique que quand le mercure ne pouvait être prescrit, à cause de ses effets souvent nuisibles à la santé.

Choroïditis et *Rétinitis*. Les inflammations internes, Messieurs, peuvent quelquefois se développer dans un tissu, quelquefois dans un autre ; tantôt la rétine peut être prise, tantôt la choroïde, tantôt l'iris : de ces tissus particuliers, l'inflammation peut ensuite s'étendre à toutes les parties de l'œil.

La rétine peut être occasionellement excitée par un exercice long, immodéré et continu de l'œil dans l'examen collectif d'objets microscopiques sous une forte lumière, et quelquefois réfléchie. De tels cas, cependant, sont généralement accompagnés d'une congestion à la tête ou à l'œil.

Les mêmes phénomènes peuvent encore se manifester à la suite de vifs éclairs ou d'une exposition soudaine à la lumière, principalement chez les personnes qui sont restées long-temps enfermées dans d'obscurs cachots.

Les cas de rétinitis chronique sont souvent considérés comme une faiblesse de la vue, caractérisée par une sensibilité presque nulle à la lumière, et un léger obscurcissement de la vision, suivi quelque temps après d'une contraction graduelle de la pupille, d'immobilité de l'iris et d'amaurose.

Le traitement de la rétinitis aiguë consiste à garder les yeux parfaitement au repos uni aux avantages de l'obscurité, de la diète et d'une déplétion active, suivi de l'administration prompte du mercure dans l'économie. La belladone doit aussi être appliquée comme dans l'iritis : le traitement, en un mot, est essentiellement le même dans les deux cas.

Après vous avoir donné une idée, Messieurs, des principales inflammations de l'œil, je vais vous indiquer quelques autres affections dont une partie doit être regardée comme la conséquence des maladies inflammatoires de cet organe.

Traduit par le docteur DANIEL SAINT-ANTOINE.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

3me TRIMESTRE 1834 (SUITE).

Observation phrénologique sur Champollion le jeune, par HUBERT-FRANÇOIS JANIN, Docteur en Médecine de la faculté de Paris, médecin des pauvres du troisième arrondissement.

Parmi les noms célèbres qui ont des droits aux éloges publics et aux hommages des peuples, il en est qu'on ne peut oublier sans ingratitude et sans injustice, et qui, loin de rien perdre en passant à travers les âges, recueillent sur leur route de nouveaux honneurs, et arrivent à la postérité la plus reculée, précédés de l'admiration générale.

Tels sont les caractères de gloire qui appartiennent à l'illustre auteur de la *Grammaire égyptienne*, Champollion le jeune, enlevé naguère à la reconnaissance du monde savant, et sur lequel je vais tâcher de faire l'application de la science phrénologique.

Mais avant d'examiner sur son masque le beau développement des organes de l'intelligence, il est bon de donner une notice succincte de sa vie.

Quel que soit le genre de gloire auquel on aspire, on n'y parvient jamais sans avoir surmonté de grands obstacles, et l'histoire des hommes célèbres n'est ordinairement que celle de leurs travaux.

Champollion le jeune (Jean-François), né à Figeac, département du Lot, le 23 décembre 1790, d'une famille honnête, mais peu favorisée des dons de la fortune, ne dut qu'à son génie et à sa persévérance ses succès et sa renommée.

Son père, originaire de Grenoble, était libraire à Figeac, où il s'était marié, et il eut pour marraine son frère, Champollion-Figeac, né en 1779, homme d'un rare mérite, d'une profonde érudition, et qui remplit aujourd'hui les fonctions de conservateur des manuscrits de la bibliothèque du roi.

Les plus légères circonstances n'étant pas sans intérêt dans l'histoire des personnages illustres, je dois ici faire mention d'une particularité assez curieuse.

La mère de Champollion, affectée de douleurs rhumatismales très vives qui la privaient entièrement de l'usage de ses membres, avait vainement cherché du soulagement dans les ressources de la médecine, lorsqu'on lui amena un paysan qui ne savait pas lire, et qui s'était acquis une sorte de réputation par les cures qu'il avait opérées dans le pays. Cet homme lui fit des frictions avec du vin chaud dans lequel il avait fait bouillir des simples; il lui en fit boire, et le troisième jour elle quitta son lit radicalement guérie. Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est la prédiction que fit cet empirique à madame Champollion, alors âgée de quarante-huit ans, et qui depuis dix ans n'avait point eu d'enfans. Il lui annonça que bientôt elle serait mère d'un fils qui lui ferait honneur et acquerrait une grande réputation dans le monde : la naissance de Champollion le jeune eut lieu un an après.

Champollion, qui montra dès son enfance un esprit aussi pénétrant qu'il était grave et sérieux, ne prit que peu de part aux jeux et aux amusemens du jeune âge; il apprit dans sa ville natale les élémens de la latinité, et fut nommé élève du gouvernement au lycée de Grenoble. Quoique bien jeune encore, il quitta cette ville pour venir à Paris se livrer à l'étude des langues orientales, pour lesquelles il se distingua de bonne heure par une très-grande aptitude. Il suivit les cours de l'école spéciale et du collège de France; il fit pendant plusieurs années de nombreuses recherches dans les manuscrits orientaux de la bibliothèque du roi; s'attacha particulièrement à la langue copte, qui est l'ancienne langue des Egyptiens; et étudia à fond les monumens de ce peuple célèbre.

Nommé par M. de Fontanes, professeur adjoint d'histoire à la faculté des lettres de Grenoble, à la fin de l'année 1809, Champollion fit transporter dans cette ville des caractères d'imprimeries grecs et coptes, et publia successivement, depuis 1811 jusqu'en 1814, un ouvrage en deux volumes in-8°. intitulé : *l'Egypte sous les Pharaons*, ou recherches sur la géographie, la religion, la langue, les écritures de l'histoire de l'Egypte avant l'invasion de Cambyse : il a joint à cet ouvrage une carte de la Basse-Egypte avec les noms égyptiens.

Il a publié depuis :

1° En 1811, des Observations sur le catalogue des manuscrits coptes du musée Borgia à Velletri;

2° En 1814, une Lettre à M. Grégoire sur les odes gnostiques en langue copte, attribuées à Salomon;

3° En 1817, des Fragmens coptes, en dialecte Bachmourique, publiés à Copenhague par M. Enghelbret.

Doué d'un esprit profondément observateur, Champollion s'appliqua à l'examen de tous les monumens originaux; s'at-

tacha d'abord à la partie matérielle ; compara entre elles les différentes écritures égyptiennes, et parvint, à force de persévérance et de recherches, à en distinguer les caractères constitutifs. Il découvrit le sens particulier de chacun des signes hiéroglyphiques, dont il reconnut que l'écriture hiératique ou sacerdotale n'était que l'abréviation ou la tachygraphie ; et il lut, à ce sujet, en 1821, un mémoire à l'académie royale des inscriptions.

Un autre mémoire lu plus tard à la même compagnie, traita de l'écriture démotique ou populaire, composée d'un certain nombre de signes pris dans l'écriture hiératique, et qui ont la même valeur.

Possédant ces documens matériels, il fallait retrouver les sons de la langue et les expressions de la pensée. La pierre de la ville de Rosette, l'un des monumens célèbres recueillis durant la mémorable expédition française en Egypte, et que les hasards de la guerre ont livrée aux Anglais, lui en fournit les moyens par l'inscription qu'elle contient en faveur de Ptolémée, et qui est présentée sous trois formes : en caractères hiéroglyphiques, grecs et démotiques.

Il reconnut qu'une stèle ou petit obélisque en hiéroglyphe, rapportée par Belzoni, avait rapport à une autre inscription gravée sur un piédestal qui passait pour être celui de la stèle même ; et que l'inscription grecque nommait une Cléopâtre qui se trouvait aussi dans la stèle hiéroglyphique : tels furent les procédés analytiques par lesquels il réussit à connaître toutes les écritures égyptiennes, et à recréer l'alphabet des hiéroglyphes qu'il publia en 1822, sous le titre de Lettre à M. Dacier.

Riche de tous ces élémens qui dévoilaient à ses yeux le système entier des écritures égyptiennes, il publia en 1814, le précis du système hiéroglyphe des anciens Egyptiens, ou recherches sur les élémens primitifs de cette écriture sacrée, sur leurs diverses combinaisons, et sur les rapports de ce système avec les autres méthodes graphiques égyptiennes.

Cet immortel ouvrage en deux volumes in-8°., dont un de planches, fut accueilli avec des applaudissemens unanimes par tous les savans de l'Europe, qui surent apprécier une découverte inespérée, tentée vainement jusque-là par tous les érudits, et qui a ouvert aux investigations historiques une mine vierge, et aussi féconde que nouvelle.

Tous les journaux littéraires s'empressèrent de prôner cet ouvrage ; et le roi Louis XVIII, à la munificence duquel il dut le jour, témoigna à son auteur sa satisfaction, en lui faisant présent d'une boîte d'or enrichie de son chiffre en diamans.

Le roi de Sardaigne ayant acheté la précieuse collection de M. Drovetti, ex-consul de France à Alexandrie, Champollion résolut, pour compléter ses travaux, d'entreprendre le voyage d'Italie, afin d'examiner par lui-même tous les monumens égyptiens qui s'y trouvent. Le roi Louis XVIII, à la recommandation de M. le duc de Blacas, qui honora toujours notre savant d'une protection particulière, facilita cette intéressante entreprise, qui eut lieu au mois de mai 1824 ; et en 1826, dans un écrit intitulé : Lettres à M. le duc de Blacas, Champollion donna la description du musée de Turin, qu'il mit en ordre, à la sollicitation du roi de Piémont.

L'auteur s'attacha principalement dans ces deux lettres, dont la première parut en 1825, à donner l'explication des monumens immédiatement utiles à l'histoire, parce qu'ils portent des noms de rois et des dates de leur règne. Aidé des travaux de son frère qui, dans des notices chronologiques placées à la suite de ces lettres, applique ces résultats aux dynasties égyptiennes de Manéthon, il est parvenu à rétablir la chronologie égyptienne par les monumens, depuis Osymandias, chef de la sixième dynastie, et que les écrivains ecclésiastiques font contemporain d'Abraham, jusqu'à la fin de la domination romaine en Egypte.

Le Panthéon égyptien, du même auteur, en deux volumes in-8°., est spécialement consacré aux systèmes religieux des Egyptiens ; point d'autant plus important qu'il pourra dévoiler beaucoup d'origines incertaines à l'égard des opinions et des croyances de l'Occident.

Pendant son voyage en Italie, qui dura trente mois, Champollion le jeune fit l'acquisition de la magnifique collection égyptienne déposée à Livourne, achetée sur les fonds de la liste civile, et qui forme aujourd'hui le musée égyptien de Paris, créé par une ordonnance du roi Charles X, du 13 mai 1826, et dont notre savant fut nommé conservateur avant son retour en France.

Tant de travaux ne pouvaient satisfaire l'imagination active de Champollion, qui, dès l'âge de quinze ans, avait formé le projet d'un voyage en Egypte : au mois d'avril 1827, le plan de ce voyage était arrêté dans sa pensée.

Il avait mis à profit les fruits de ses études sur l'esprit et les mœurs des orientaux ; s'était éclairé de l'expérience des voyageurs nationaux ou étrangers qui avaient vu l'Egypte ; et le vice-roi, Mohammed-Ali, pressenti sur ce voyage, avait promis toute sa protection. Il ne restait plus qu'à obtenir l'assentiment du gouvernement, et son concours à une entreprise dont la fortune du voyageur ne lui permettait pas de faire les frais.

Un Mémoire contenant le plan et les motifs du voyage fut rédigé et communiqué ; Champollion fut admiré, mais nullement encouragé par les hommes du pouvoir tout occupés de budget ; et sa demande fut éludée sous différens prétextes.

L'âme forte et inébranlable de notre savant ne fut point rebutée par cette difficulté ; et il aurait entrepris seul et sans appui l'exécution de son dessein, plutôt que d'y renoncer.

La liste civile, alors sous l'administration de M. le duc de Doudeauville, avait montré de bonnes dispositions pour le voyageur ; et ce fut encore à M. le duc de Blacas qu'il eut recours dans ces conjonctures. Ce protecteur zélé des sciences et des arts, alors ambassadeur à Naples, vint en 1828 passer quelques mois à Paris ; il remit au roi Charles X le plan du voyage ; vit ses ministres, obtint des fonds suffisans, le passage sur les vaisseaux de l'État ; et le 31 juillet 1828, le savant français s'embarqua à Toulon sur la corvette l'*Eglé*, munie de tous les approvisionnemens nécessaires pour sa noble entreprise, et échappa de quelques heures seulement à une lettre de M. Drovetti qui l'engageait à remettre son voyage, et à une dépêche télégraphique de Paris qui suspendait son départ.

Champollion, qui avait associé à ses travaux sept artistes français, comme dessinateurs, et qui, au désir du grand-duc de Toscane, avait reçu à bord, d'après l'autorisation du gouvernement, une commission de plusieurs savans désignés par

M. Hypolite Roséllini, professeur de langues orientales à l'université de Pize, mouilla le 18 août dans le port-vieux d'Alexandrie.

Là, il frêta deux maasch ou grandes barques du Nil; prit les hommes du pays nécessaires à l'expédition; l'interprète, les gens de service, et deux janissaires chargés par le vice-roi d'Égypte de protéger en son nom les voyageurs et leurs travaux.

Après avoir parcouru, pas à pas, l'Égypte, comme il le dit lui-même dans ses lettres écrites d'Égypte et de Nubie, et publiées par son frère, en 1833; après avoir séjourné partout où le temps avait laissé subsister quelques restes de la splendeur antique; avoir fait une étude spéciale de chaque monument; fait dessiner tous les reliefs et copier toutes les inscriptions qui pouvaient fournir des lumières sur l'état primitif d'une nation dont le vieux nom se mêle aux plus anciennes traditions écrites; après avoir fait exécuter des fouilles à Memphis, à Thèbes, etc., il rassembla une foule d'objets précieux pour compléter diverses séries du muséum égyptien du Louvre; il fit l'acquisition du plus beau et du plus précieux sarcophage qui soit encore sorti des catacombes égyptiennes, et il réunit une collection d'objets choisis, d'un très-grand intérêt, parmi lesquels se trouve une statue de bronze d'un travail exquis, entièrement incrustée en or, et représentant une reine égyptienne de la dynastie des Bubastites. Il garnit ses portefeuilles de richesses propres à faire bien connaître l'histoire de l'Égypte, celle de son culte et des arts qu'elle a cultivés, et il s'embarqua le 3 décembre 1829, à Alexandrie, sur la corvette l'*Astrolabe*, chargée de le ramener sur les terres de France, où elle jeta l'ancre le 23 du même mois.

Champollion qui, à l'époque du couronnement de Charles X, avait été nommé chevalier de l'ordre de la Légion-d'Honneur, vit tardivement inscrire son nom, le 7 mai 1830, sur la liste des membres de l'Institut.

Il avait aussi reçu la décoration de l'ordre du mérite de Toscane, et il était membre associé des académies de Gottingue, de Saint-Pétersbourg, de Turin, de Stockholm, des sociétés royales asiastiques et de littérature de Londres, et de plusieurs autres sociétés savantes.

Il communiqua, en 1831, à l'académie des inscriptions et belles-lettres, un mémoire d'un haut intérêt qui avait pour objet *la notation graphique des divisions civiles du temps chez les Egyptiens;* ce qui fournit à M. Biot le sujet d'une dissertation dans laquelle jetant un nouveau jour sur les obscurités du calendrier égyptien, il prouve mathématiquement sa forme régulière et son usage dans les temps les plus reculés.

Ce dernier mémoire de Champollion se trouve malheureusement égaré, ainsi que la copie du tableau joint à son mémoire sur l'inscription de Rosette. Il communiquait avec une complaisance trop facile les fruits de ses travaux; et c'est en vain qu'au nom de la science et de l'académie, un appel a été fait à la probité et à la conscience des dépositaires de ces précieux manuscrits.

Occupé de l'embellissement du musée du Louvre, et de mettre en ordre la riche récolte qu'il avait faite dans son voyage, il travaillait en même temps à la grammaire et au dictionnaire des hiéroglyphes, si impatiemment attendus par le monde savant; ainsi qu'à la grammaire et au dictionnaire coptes: ouvrages d'autant plus importans, qu'ils doivent ressusciter, pour ainsi dire, une langue perdue depuis tant de siècles dans les pays même où elle était écrite et parlée.

Mais Champollion, dont le gouvernement vient d'acheter les manuscrits, et dont le roi de Sardaigne a fait ériger le buste dans le musée de Turin, ne devait pas mettre la dernière main à ses importans travaux. A peine avait-il, au mois de mai 1831, ouvert ses leçons au collége de France, où une chaire d'archéologie venait d'être créée pour lui, qu'il fut obligé de les interrompre. Tourmenté par la goutte, dont il avait eu un premier accès pendant son séjour à Rome, et menacé d'une congestion cérébrale par son embonpoint et une contention d'esprit habituelle, il fit un voyage à Figeac pendant l'automne, pour y respirer l'air natal.

Son cours, qu'il avait repris à son retour fut bientôt suspendu de nouveau: le 13 décembre il éprouva quelques symptômes d'apoplexie; les mouvemens du bras gauche devinrent difficiles, et la langue s'embarrassa. Des émissions sanguines firent promptement disparaître ces accidens; mais peu de temps après, la goutte qui se manifesta légèrement à un pied, se porta avec violence à l'estomac, et fut appelée au genou par des synapismes.

Elle avait disparu depuis deux jours, lorsqu'une seconde attaque d'apoplexie s'annonça dans la matinée du 29 janvier 1832, par la difficulté de parler et de l'oppression qui fit craindre un commencement d'hypertrophie du cœur. Les révulsifs les plus énergiques furent vainement employés; le délire survint, et il expira le 4 mars, à l'âge de quarante-un ans, laissant dans le deuil sa veuve, une fille alors âgée de huit ans, un frère, compagnon de ses études et de ses travaux; toute sa famille, tous ceux qui ont pour la science un véritable amour, et les nombreux amis que lui avaient acquis l'étendue de ses connaissances, la force de sa raison, la gravité de ses mœurs, sa tolérance, sa douceur et la noble simplicité de son caractère.

C'est à Champollion que l'on doit les deux célèbres obélisques de Louqsor, nom d'un village qui couvre les ruines de Thèbes; monolites d'une très-belle conservation, en granit rose de plus de 70 pieds de hauteur. Le pacha Mohammed-Ali l'avait autorisé à les faire enlever; et désignés par l'illustre voyageur, M. de Verninac, lieutenant de vaisseau, et M. Lebas, ancien élève de l'école polytechnique et ingénieur de la marine française, furent chargés du commandement et des opérations concernant l'abattage et le transport de ces précieux monumens: ils s'embarquèrent au mois de mars 1831, sur un bâtiment nommé de Louqsor, construit exprès à Toulon; et ils viennent d'arriver en France avec l'un de ces obélisques.

PHRÉNOLOGIE.

Il est pénible pour ceux qui s'occupent de phrénologie, de voir le peu d'intérêt que l'on prend à ses progrès, et les obstacles sans nombre que l'on éprouve, même de la part des prétendus amis de la science, pour se procurer le buste des personnages célèbres.

Mais en regrettant de ne pouvoir faire sur la tête de Champollion toutes les applications de notre doctrine, féli-

citons-nous cependant de posséder son masque moulé sur nature, et de trouver le vaste développement de la partie antérieure du crâne en rapport avec l'étendue de ses connaissances et la profondeur de son génie.

L'observateur reconnait au premier aperçu que ce masque est celui d'un homme essentiellement moral et intelligent; et de la proéminence des organes des facultés perceptives comparés à ceux des réflectives, on doit tirer la conséquence, que l'aptitude de son esprit était plus grande pour l'analyse et la classification, que pour la métaphysique et les réflexions philosophiques.

A peine aperçoit-on ici la saillie que forme l'organe indiquant la spécialité du talent qui caractérisait Champollion : celui des langues. Il était tellement marqué pendant sa vie, que notre illustre maître, le docteur Gall, consulté un jour chez M. Faujas de Saint-Fond, professeur de géologie au cabinet d'histoire naturelle, sur ce qu'il pensait du jeune Champollion, alors âgé de quinze ans, et qui était présent, s'écria : oh! le génie des langues!

Champollion, en effet, avait les yeux très-grands et saillans; et une proéminence remarquable de la paupière inférieure, due à la dépression du globe de l'œil, en bas et en avant par la voute orbitaire sur laquelle repose l'organe du langage; ce que l'inspection du cerveau et de la base du crâne nous aurait à coup sûr démontré.

Cette disposition était surtout apparente à droite; l'œil gauche un peu moins saillant, était affecté de strabisme externe, provenant de l'habitude que Champollion avait contractée au collège, de lire dans son lit et de s'incliner de ce côté pour profiter de la lumière d'un réverbère.

Il est probable que le défaut de saillie des yeux sur le masque, est le résultat de la rétraction cadavérique, ou de la compression que le mouleur aura exercée sur ces parties par une couche de plâtre trop épaisse.

Un fait digne de remarque, c'est que Champollion, qui apprit presque seul et pour ainsi dire en se jouant, la plupart des langues de l'Orient et du midi, et qui avait fait sur chacune un abrégé grammatical à son usage, éprouva une grande difficulté pour l'étude de celles du Nord. Il connaissait à la vérité la grammaire allemande; mais il ne put jamais classer dans sa mémoire les mots de cette langue, ni par conséquent la parler.

Reprenant par ordre l'examen des facultés perceptives qui connaissent les relations des objets et leurs phénomènes, nous voyons :

1° L'organe des localités, situé au-dessus de la partie interne de l'arcade sourcilière, et qui malgré l'existence présumée des sinus frontaux, avait acquis néanmoins un très-grand volume, et justifiait la prédilection de notre savant pour les voyages. Il se rappelait d'une manière prodigieuse tous les lieux qu'il avait visités, et avait une conscience très-exacte des rapports des objets entre eux.

2° L'organe des calculs, situé à l'angle externe de l'œil : il n'était pas apparent sur la tête de Champollion qui, en effet, savait à peine l'arithmétique, et était embarrassé pour les comptes les plus simples. Il faisait peu de cas des mathématiques, et ayant rencontré des savans distingués dans cette science, et qui, sous d'autres rapports, étaient des hommes fort ordinaires, il en plaisantait en disant : ce sont des têtes de mathématiciens.

3° On n'en peut pas dire autant de l'organe de l'ordre, situé au-dedans du précédent, et qui était chez lui très-marqué. Son grand développement explique les dispositions particulières de Champollion pour les classifications; son aptitude à systématiser, à arranger des objets de collections ou autres, et la préférence qu'il accordait à la méthode synoptique.

4° L'organe de la faculté des phénomènes, ou éventualité; l'éducabilité du docteur Gall, situé au milieu du front, présente un développement remarquable; aussi n'existait-il rien dans les sciences et dans les arts qui ne l'intéressât vivement; aussi était-il avide de tous les genres d'instruction, et avait-il cet esprit d'analyse et de détail qui lui faisait chercher la réalité en toutes choses.

5° L'organe du temps, extérieur à ceux de l'éventualité et des localités, ayant acquis un développement extraordinaire, formait un des caractères saillans du front de ce savant archéologue. Sa faculté très-active, lui donnait la justesse du rhythme poétique et musical; et la facilité avec laquelle il connaissait la correspondance des dates, la chronologie, et les époques des événemens et des moindres circonstances de sa vie.

Combinée dans son action avec celle du langage et de l'éventualité, elle concourait à rendre son esprit brillant, et donnait un charme particulier à ses récits.

6° L'organe de la musique, situé en dehors du précédent, au-dessus de l'angle extérieur de l'œil et des organes des nombres et de l'ordre, était en rapport avec ses dispositions musicales, et quoique les circonstances ne lui eussent pas permis de faire de cet art une étude spéciale, il savait l'apprécier; il préférait la mélodie à l'harmonie, et chantait avec goût.

Poursuivant l'examen des facultés perceptives, je vais m'occuper de celles qui connaissent les qualités physiques des objets, et par lesquelles j'aurais dû commencer, si je n'avais naturellement été entraîné à parler du langage, comme spécialité d'organisation.

1° L'organe de l'individualité, situé au dessus de la racine du nez, est très-grand chez Champollion, relativement à ceux de la comparaison et de la causalité. Sa faculté, qui fait connaître la réalité des objets, se combinait avec celles des localités et du temps, et le rendait apte à s'occuper des plus minutieux détails, et à rechercher l'histoire des hommes dans les contrées lointaines.

2° L'organe de la configuration, situé à l'angle externe de l'œil, dont la faculté connaît tout ce qui concerne la forme, parait ici peu développé, par la dépression que celui des localités et les sinus frontaux ont fait éprouver à l'arcade sourcilière; cependant Champollion, en combinant cette faculté avec celle de la constructivité, dont nous parlerons bientôt, avait acquis cette sévérité de goût pour le dessin, pour la pureté des lignes et des formes qu'on remarquait dans les copies des reliefs et des hiéroglyphes égyptiens, qu'il faisait faire et qu'il exécutait lui-même.

3° L'organe de l'étendue, situé à l'angle interne de l'arc sourcilier, et par lequel nous avons les notions des dimensions des objets, est beaucoup plus marqué que le précédent. Sa

faculté combinée avec celles indiquées ci-dessus, produisait chez lui la justesse du coup-d'œil, et cette précision qui rendait si souvent ses évaluations conformes aux résultats mathématiques.

4° L'organe de la pesanteur, placé en dehors du précédent, et dont la faculté apprécie la résistance et la consistance des choses, avait aussi chez Champollion acquis un assez grand développement.

Quoique ces quatre facultés primitives, dont les attributs sont de nous donner les notions de certaines qualités physiques des corps, ne soient admises que d'une manière conjecturale par Spurzheim, on ne peut, comme on le voit, les refuser à notre savant, dont le large développement et la saillie de toute la partie inférieure du front, présentent un des plus beaux modèles des organes des facultés perceptives.

Celui du coloris, situé au milieu de l'arc sourcilier, complète l'ensemble des perfections analytiques et artistiques qui caractérisaient l'illustre voyageur.

Bien que l'empreinte prise après la mort, ait altéré la direction que présente ordinairement l'arcade sourcilière chez les grands coloristes, cependant cet organe est ici très-développé, et fait supposer une grande activité dans la faculté de saisir les rapports des couleurs : aussi savait-il porter un jugement solide sur les ouvrages des grands maîtres.

En remontant au milieu du front, on voit les organes des facultés réflectives, qui paraîtraient bien caractérisés, sur la tête de Champollion, si, comme nous l'avons fait observer, ceux des facultés perceptives ne l'emportaient de beaucoup par la largeur qu'ils ont donnée à toute la région sus-orbitaire.

1° L'organe de la comparaison, situé au centre, est le plus grand. C'est sa faculté qui rendait notre archéologue si sévère logicien, et déterminait la sagacité avec laquelle il faisait des rapprochemens et tirait des inductions. C'est à sa grande activité, combinée avec les facultés perceptives, qu'il dut ses recherches, la découverte des rapports des écritures anciennes avec les écritures modernes, et la composition de sa grammaire égyptienne.

2° Celui de la causalité, situé de chaque côté du précédent, est moins développé, et avait aussi sa faculté moins active; c'est pourquoi Champollion s'occupait peu des rapports de cause à effet; et sans s'attacher à la recherche des motifs qui avaient pu porter les hommes à traduire leurs pensées par telle forme ou tel caractère, il remontait à leur filiation toute physique, négligeant la métaphysique du langage.

Portant maintenant nos recherches du côté des sentimens, nous regrettons que les organes de l'amour-propre et de l'amour de l'approbation, situés derrière le vertex de la tête, n'aient point été moulés; nous les aurions vraisemblablement trouvés assez développés eu égard à la forme alongée de son crâne : leurs facultés combinées avec celle de la fermeté lui donnaient ce zèle infatigable qui lui fit consacrer sa vie à un seul objet; se plongeant dans les recherches et les méditations les plus profondes.

Sans estime de soi et sans approbativité, l'homme livré à ses penchans, ou traînant dans l'indifférence des jours pleins d'ennui, ne peut jamais dans les sciences et dans les arts, parvenir à rien de grand. Champollion, quoique doué de beaucoup de modestie et de simplicité, avait le sentiment de ses forces; il savait ce qu'il valait; il avait la noble ambition de se distinguer, et n'était pas insensible aux applaudissemens des hommes en état de l'apprécier.

Les organes de la circonspection, situés au milieu des pariétaux, et qui s'offrent à nos regards, étaient bien marqués chez lui; il appliquait cette faculté à tous les actes de sa vie; ne prenait qu'avec réserve une détermination, et portait en toute chose la sagesse du raisonnement. La circonspection combinée avec la justice le disposait à la mélancolie.

La bienveillance, qui a son siége à la partie supérieure médiane de l'os frontal, lui était largement départie; et le rayon de son organe, partant du conduit auditif, tient le milieu pour l'étendue entre ceux des organes de la fermeté et de l'individualité. Il résulte de cette disposition et de l'appréciation du développement de cet organe dans les autres sens, que la bienveillance concourait à former le fond de son caractère, ce qui nous donne l'explication de la bonté, de la complaisance, de l'humanité, de la générosité, de la philanthropie, et de toutes les vertus sociales qui caractérisèrent tous les actes de sa vie.

La vénération, dont l'organe aboutit à l'angle supérieur et antérieur du pariétal, en arrière de celui de la bienveillance, a son rayon plus grand, et offre par cette raison un développement remarquable sur le masque de Champollion, qui était un véritable théosophe, respectant toutes les croyances, et s'élevant à de hautes pensées religieuses.

Mais parmi les sentimens, celui qui l'emportait sur tous les autres, et qui caractérisait surtout ses dispositions à s'occuper avec constance de sa spécialité, c'est la fermeté, qui donnait de la persistance à l'action de toutes les autres facultés. Son organe, le plus grand de ceux de la région sincipitale, était si proéminent, que le front de Champollion, malgré son étendue, paraissait fuir de bas en haut : cette puissance de volonté lui donnait ce caractère ferme et inébranlable qu'on lui connaissait, et qui lui fit surmonter pendant quinze années les obstacles sans nombre que lui suscita l'envie, dont les intrigues ne purent entraver son génie.

La justice, l'espérance et la surnaturalité, étaient très-actives; leurs organes situés d'arrière en avant, au-dessous et de chaque côté de ceux de la fermeté et de la vénération, contribuaient par leur étendue et leur volume à l'élargissement de la partie supérieure de la tête. De-là, cette conscience morale, ce sentiment profond du juste et du bien, qui le faisait se révolter contre les plus légères infractions au devoir; de là, cette espérance de succès qui le soutint toujours dans ses travaux; cette croyance dans l'immortalité de l'âme; cet espoir d'une vie à venir; ce pressentiment d'y retrouver des affections et le bonheur.

La justice, qui se combinait souvent avec l'idéalité, concourait à le rendre mécontent des actions des hommes, et le fit s'irriter autrefois contre les actes arbitraires du pouvoir : proscrit pour ses principes d'une sage liberté et d'une égalité bien entendue, il fut obligé deux fois, en 1814 et 1816, de céder sa place de sous-bibliothécaire de Grenoble, à un censeur du journal de l'Isère.

L'espérance, unie chez lui à l'idéalité et à la surnaturalité, exaltant son imagination, le portait à former des projets et à s'occuper de l'avenir.

L'organe de l'idéalité, situé au-dessus des tempes, dirigé en arrière et en haut, et qui élargit le diamètre transversal de la partie supérieure de la tête, formait une saillie considérable, malgré la déduction faite de l'épaisseur du muscle temporal. Ce savant, qui était doué d'un goût exquis, d'une imagination poétique, et qui faisait, avec une facilité extrême, des vers pleins de verve et de charme, devait son génie à l'activité de cette faculté.

L'organe de l'esprit de saillie, dont le siége est à la partie supérieure et externe du front, en avant de celui de l'idéalité, n'est pas aussi apparent sur le masque de Champollion que sur celui de Rabelais, de Boileau et de Voltaire, mais il était néanmoins assez développé; et sa faculté produisait ces réparties spirituelles qui faisaient le charme de sa conversation, cette extrême facilité à saisir les ridicules et le côté plaisant des choses.

L'organe de l'imitation, situé de chaque côté de celui de la bienveillance, est très-apparent; et sa faculté portait notre savant à juger du langage naturel ou de la mimique, à imiter les gestes et les manières, et à représenter les situations théâtrales.

Avec un ensemble de facultés aussi prononcées, on doit facilement concevoir que chez un homme aussi bien organisé, les penchans devaient être peu actifs ou dominés et restreints dans de justes bornes.

Ne pouvant étudier en totalité leurs organes, je vais examiner ceux qui ont été moulés, et tâcher de reformer par la pensée la partie postérieure du crâne, en suppléant ceux qui manquent par le récit succinct des faits que j'ai recueillis.

1° L'organe de l'alimentivité, situé en avant de l'oreille, présente très-peu de développement sur la tête de Champollion, qui avait une grande sobriété; mais il était délicat et gourmet, et savait jouir des plaisirs de la table sans les rechercher.

2° L'organe de la constructivité, situé aux tempes, est moins apparent qu'il ne le serait réellement sans l'énorme saillie de ceux situés dans la région sourcilière : son grand développement était en rapport avec les dispositions qu'avait cet archéologue pour les arts architecthoniques, qui lui ont servi à étudier l'histoire des peuples par leurs monumens.

3° L'organe du penchant à détruire, destructivité, situé au-dessus des oreilles, explique par son médiocre volume chez l'homme excellent qui nous occupe, l'aversion qu'il éprouvait pour toute espèce de destruction. Entièrement dominé par la bienveillance et la vénération, ce penchant ne pouvait apporter aucun obstacle à cet esprit conservateur, à ce respect religieux qu'il avait pour les restes d'une ancienne civilisation.

4° Le penchant à cacher, sécrétivité, qui porte à la ruse, et dont l'organe est situé à la région temporale, au-dessus du précédent, était chez notre savant dominé par trop de sentimens supérieurs pour produire le mensonge, la fausseté et l'hypocrisie; mais sa combinaison avec la circonspection le faisait tenir dans une sage réserve; le mettait en garde contre les intrigues des hommes, et l'empêchait d'être leur dupe, malgré sa simplicité et son extrême confiance.

5° Le désir d'avoir, convoitivité ou acquisivité, dont l'organe est situé au-dessus du précédent, à l'angle antérieur, inférieur des pariétaux, n'était point dans le cas d'inspirer à Champollion l'amour des richesses, et de déterminer chez lui les abus de l'égoïsme que fait naître son excès non réprimé; mais il le disposait à rechercher tout ce qui était en rapport avec l'objet de ses études; et à former des collections d'antiquités.

6° Le courage, combativité, dont nous ne pouvons examiner l'organe, situé à l'angle postérieur inférieur des pariétaux, devait être médiocrement actif, à en juger par le peu d'étendue du diamètre bimastoïdien supérieur. Aussi notre voyageur, malgré la fermeté qui le rendait inaccessible à la crainte, n'a-t-il affronté les dangers que pour satisfaire l'impulsion de ses facultés perceptives.

7° L'amour de la vie, dont l'organe est situé derrière les oreilles, devait être au contraire très-actif, à en juger par l'étendue du diamètre bi-temporal inférieur : aussi en convenait-il lui même, et désirait-il la prolongation de son existence.

8° L'organe de l'habitativité, situé à l'angle supérieur de l'occipital, devait être assez grand chez Champollion, eu égard à la forme de sa tête. Malgré son goût pour le luxe et les jouissances de la civilisation, il savait se conformer à toutes les coutumes, et se plier aux diverses positions de la vie. Cosmopolite, il prenait facilement de nouvelles habitudes; et sous le costume des Arabes, enveloppé d'un *bernos*, il se trouvait aussi bien sur les sables brûlans de l'Egypte, ou dans les tombeaux de Thèbes, que s'il eût été dans son appartement.

9° L'amativité ou amour physique, devait être restreint chez lui dans de justes bornes. Si l'on considère la distance modérée qu'il y a d'une oreille à l'autre, on juge par analogie la forme que devait avoir la partie postérieure du crâne, et par conséquent le peu de développement que devait présenter le cervelet, comparativement aux autres parties de l'encéphale.

Mais on aurait sans doute remarqué une forte saillie au-dessus de l'épine occipitale, et de nombreuses circonvolutions aux lobes postérieurs du cerveau, où siége l'amour des enfans ou philogéniture.

Les organes de l'attachement, ou affectionivité, situés de chaque côté et au-dessus des précédens, devaient être également très-proéminens.

Champollion sentait le besoin de se rattacher à tous les liens sociaux qui embellissent et font goûter la vie : il aimait beaucoup les enfans, et aurait passé au milieu d'eux des heures entières. Il lui fallait des affections; ses nombreux amis attestent que l'attachement était pour lui l'existence; et que les sentimens tendres étaient tout pour cet homme extraordinaire, du petit nombre de ceux à qui il a été donné de ne pas mourir tout entiers.

Champollion avait la tête assez volumineuse, relativement à sa stature qui était de cinq pieds trois pouces environ.

Il avait des cheveux noirs, épais et très-fins; ses yeux étaient d'un brun foncé; et la peau de toute la surface du corps présentait, surtout au visage, une teinte jaune qui se re-

marquait également sur la sclérotique, ce qui lui donnait l'air d'un Arabe : ses parens et ses amis l'appelaient ordinairement *Saghir*, qui en arabe veut dire *cadet* ou *puiné*, nom qu'il s'était donné lui-même lorsqu'il étudiait les langues orientales, pour se distinguer de son frère aîné.

On a lieu de penser que le tempérament bilieux dominait chez lui ; et qu'il était en même temps doué d'un vaste système nerveux, à en juger par l'extrême activité qui abrégea ses jours.

Il résulte de tous les faits que nous venons d'exposer que, l'organisation cérébrale de Champollion le jeune était dans ses détails comme dans son ensemble, parfaitement en rapport avec son caractère et les diverses circonstances de sa vie.

Cette observation confirme donc dans tous ses points celles que nous avons faites jusqu'ici, et prouve d'une manière incontestable la certitude et l'importance de la phrénologie.

JANIN, D. M. P.

A Paris, le 15 Septembre 1832.

Réclamation de M. LÉON BRUYÈRES, au sujet d'une assertion de M. Bailly sur les travaux de Gall et de Spurzheim.

Le N° II de la seconde année du journal contient un mémoire sur l'anatomie phrénologique, dans lequel M. Bailly, après avoir dit que Gall attachait peu d'importance aux détails anatomiques, et qu'il faisait consister toute sa gloire dans les rapports qu'il avait trouvés entre les développemens des circonvolutions, et les différentes aptitudes de l'homme et des animaux, ajoute : « Cette partie de ses travaux a été poussée par lui à un tel degré de perfection, que je ne sache pas qu'on lui ait fait faire le moindre progrès, qu'on lui ait apporté la moindre amélioration, *malgré les tentatives de Spurzheim*, malgré les travaux de toutes les Sociétés phrénologiques, qui ont plutôt servi à répandre cette doctrine, et à en constater la vérité, qu'à la perfectionner. »

M. Bruyères a réclamé contre cette assertion dans un mémoire lu à la Société phrénologique, qui renvoya ce mémoire au comité de rédaction du journal. Nous en transcrivons ici les passages les plus importans.

« En 1800, Spurzheim assista, pour la première fois, à un cours que Gall répétait depuis quatre ans, et dans lequel il parlait de la nécessité du cerveau pour les manifestations de l'âme, de la pluralité des organes et de la possibilité de connaître le développement du cerveau par la configuration extérieure de la tête. Il indiquait plusieurs organes particuliers pour différentes mémoires et pour plusieurs sentimens ; mais il n'avait pas encore commencé à examiner la structure du cerveau. C'est en 1804 qu'il a commencé à parler, dans l'anatomie, du décroissement des pyramides, de leur passage à travers le pont de varole, de onze couches de fibres longitudinales et transversales dans le pont, de la continuation du nerf optique jusqu'à la paire extérieure des corps quadrijumaux, des faisceaux divergens à l'extérieur des cuisses du cerveau, au-dessous du nerf optique, dans la direction que Vieusseus, Monro, Vicq-d'Azir et Reil avaient suivie, le premier en râclant, et les autres en coupant le cerveau. Gall montrait encore la continuation de la commissure antérieure à travers les corps striés, et il parlait du déplissement du cerveau dans les hydrocéphales ; cependant l'idée qu'il s'en était formée était inexacte ; car il considérait les circonvolutions comme l'effet d'une membrane roulée et plissée ensemble, croyant que les cuisses du cerveau entraient d'un côté dans les hémisphères, s'y épanouissaient et se repliaient sur elles-mêmes par la juxta-position des circonvolutions ; c'est pourquoi la véritable structure des circonvolutions, découverte par Spurzheim, n'a été décrite qu'en 1808, époque de la présentation à l'institut du mémoire de Gall et Spurzheim. Dès l'année 1804, Spurzheim se réunit à Gall pour poursuivre en commun leurs découvertes. Gall se chargea principalement de la partie physiologique, et Spurzheim de la partie anatomique, mais en la comparant toujours à la première. C'est ainsi qu'il a découvert la loi des additions successives des parties cérébrales et leur origine ; leur division en deux parties principales qui sont en communication avec le reste du système nerveux, l'une par entrecroisement, et l'autre sans entrecroisement ; la divergence des faisceaux dans toutes les directions vers les circonvolutions ; la différence des faisceaux divergens de ceux de réunion ; la généralité des commissures ; la véritable connexion des circonvolutions avec le reste de la masse cérébrale, et leur structure qui permet que chaque circonvolution puisse être déplissée ; ce qui a lieu dans les hydrocéphales, tandis que la masse cérébrale qui se trouve au fond des circonvolutions et qui appartient, pour la plus grande partie, à l'appareil des commissures, est poussée par l'eau ramassée dans les cavités entre les deux couches des circonvolutions. Spurzheim a fait voir que, dans le déplissement artificiel du cerveau des hydrocéphales, quand on commence par les parois des ventricules, on trouve que cette masse est déchirée, et que l'on s'en aperçoit facilement quand on a fait une incision dans une des circonvolutions, et qu'on sépare les deux couches à l'aide du doigt. Enfin il a trouvé la manière la plus convenable de disséquer le cerveau. En 1805, Gall et Spurzheim quittèrent Vienne pour répandre l'instruction phrénologique et continuer leurs découvertes. Dans tous les cours, Spurzheim fut chargé des démonstrations anatomiques, et Gall avait tellement apprécié son mérite à cet égard, qu'il lui dit, avant leur départ. « Il faut que nous » revenions avec honneur ; vous, Spurzheim comme anato- » miste, et moi, Gall, comme physiologiste. »

» Ainsi donc, Messieurs, Spurzheim n'a pas été simplement élève de Gall depuis l'année 1804, mais à cette époque il a commencé à être son collaborateur.

» Toutes les préparations anatomiques, nécessaires pour le premier volume du grand ouvrage, ont été faites par Spurzheim. Toutes les gravures qui servent aux démonstrations ont été faites et rectifiées sous sa direction, et il a fourni toutes les notes littéraires explicatives. C'est seulement à la seconde moitié du second volume qu'il a cessé de travailler, et Gall a eu soin de l'indiquer par une note spéciale.

» Maintenant, Messieurs, que je vous ai entretenus des découvertes anatomiques de Spurzheim, je vais essayer de

vous exposer quelles ont été ses découvertes physiologiques, et de combien d'organes il a trouvé les signes extérieurs.

» Ces organes sont au nombre de huit, savoir : ceux de la justice, de l'espérance, du surnaturel, de l'ordre, du temps, des formes et de la pesanteur. Il faut même y ajouter encore celui de l'alimentivité, que Spurzheim avait cru reconnaître peu d'années avant sa mort, mais dont il n'avait pas encore admis l'existence comme entièrement prouvée.

» Un fait bien remarquable, Messieurs, c'est que Gall n'a jamais eu qu'une idée très-imparfaite des sentimens qui constituent l'homme moral, et qu'il a toujours attribué à l'organe de la bienveillance, le sens moral et la conscience. En 1818 il a fait imprimer ces paroles : « Supposons que la » partie cérébrale, au moyen de laquelle l'homme est sus- » ceptible de sentimens moraux et religieux, soit dévelop- » pée, etc. »

» Il est vrai que, quelques années après, il a dit, au sujet de quelques remarques sur les ouvrages de Spurzheim : « J'admets un organe pour le sens moral ou le sentiment » du juste; mais j'ai des raisons très-fortes pour ne regar- » der la bienveillance que comme la manifestation très- » énergique du sens moral : *ainsi, je traite ces deux* » *qualités sous la rubrique d'un seul organe.* »

» Remarquez bien ces dernières paroles, Messieurs, et veuillez écouter ce que disait Spurzheim à ce sujet, en 1820.

« Je n'hésite pas à rejeter également cette seconde asser- » tion. Puisqu'il est de fait qu'il faut éprouver les sentimens » pour connaître leur nature, j'en appelle d'abord à ceux » qui les possèdent, pour décider si le sentiment du juste ou » du devoir est le même que celui de la bienveillance. En » outre, l'expérience bien constatée prouve qu'il n'y a pas » de proportion entre ces deux sentimens. Il y a des hom- » mes très-justes, qui sont inexorables dans leur justice, » qui ne sont point indulgens, et qui n'ont pas ce qu'on ap- » pelle la bonté de cœur.

» M. Gall pense que la bienveillance est un plus haut degré » d'activité du sens moral. Je réponds qu'on n'observe pas » que la justice très-énergique devienne bienveillante, tan- » dis qu'il y a des hommes très-bienveillans qui ne sont point » justes; des hommes qui assistent ceux qui souffrent, qui » deviennent quelquefois même injustes par bonté; qui ne » paient pas les dettes qu'ils ont contractées, qui ne tiennent » pas leurs promesses; mais qui ne peuvent pas résister aux » sollicitations d'un malheureux, et dont la main charitable » s'ouvre à la vue de la misère. »

» Il me semble, Messieurs, que l'opinion de Spurzheim est, à cet égard, infiniment supérieure à celle de Gall. J'en appelle, comme lui, à ceux d'entre nous qui possèdent ce sentiment, pour décider si la seule découverte du siége de l'organe qui en indique le développement, ne mériterait pas à son auteur d'être reconnu comme ayant amélioré et perfectionné la doctrine phrénologique.

» En outre, Messieurs, Gall, après avoir rejeté la division de l'entendement admise par les écoles philosophiques, et reconnu avec raison que le jugement, la mémoire et l'imagination n'étaient point des forces primitives, mais seulement des modes d'action des facultés, a toujours attribué ces mêmes modes d'action à tous les organes, soit des sentimens, soit de l'intelligence.

» Il a toujours admis aussi, que chaque sens extérieur fournit à l'homme la connaissance du monde extérieur, et attribué à la vue aussi bien qu'au toucher la connaissance de l'espace, de la distance, du nombre, de la figure et de la position des corps.

» Spurzheim ne pense pas que les sens suffisent pour faire connaître l'existence des objets et leurs qualités physiques, mais que nous ne pouvons acquérir ces notions que par le concours du cerveau.

» Il ne partage pas non plus l'opinion de Gall, que toutes les facultés de la vie animale soient susceptibles des mêmes modes d'action. Il les divise d'abord en deux ordres, en facultés affectives et intellectuelles; et chacun de ces deux ordres se subdivise également en deux genres, savoir : pour les facultés affectives, en penchans et sentimens; et pour les facultés intellectuelles, en perceptives et réflectives.

» Spurzheim n'admet pas que le jugement soit une des attributions des facultés affectives. Elles se bornent à la sensation, mais elles sont incapables d'apprécier les objets de leur satisfaction. Le sentiment de justice donne seulement le besoin d'être juste, sans indiquer de quelle manière il faut en faire l'application. La vénération, l'attachement, la bienveillance peuvent s'appliquer à des objets indignes : en général, ces facultés sont aveugles.

» Parmi les facultés intellectuelles, les unes ont la mémoire, le jugement et l'imagination, ce sont les facultés perceptives; et les réflectives cherchent les causes, comparent, et portent le jugement philosophique.

» Je pourrais, Messieurs, vous soumettre bien d'autres exemples qui vous prouveraient que les opinions philosophiques de Spurzheim ont puissamment avancé la connaissance et l'analyse des facultés de l'âme, mais je pense qu'il sera beaucoup plus utile pour nous d'en prendre connaissance dans ses ouvrages.

» Les écrits de Spurzheim démontrent qu'il possédait une vaste capacité intellectuelle. Il se distinguait en outre par les sentimens de justice, de bienveillance et d'attachement au plus haut degré.

» La supériorité de son organisation donnait à ses paroles une puissance morale qui a souvent saisi son auditoire de respect et d'admiration.

» Vous jugerez sans doute, Messieurs, que les faits que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer méritent d'être rendus publics, et je demande que ma réponse à M. Bailly soit insérée au prochain numéro de notre Journal »

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

SEPTEMBRE 1834.

N° DU 6.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

De l'efficacité des émissions sanguines répétées, dans le traitement de la pleuro-pneumonie, par M. le Docteur LACAZE, Médecin à Montgeron (1)

§ I.

S'il est, en matière de thérapeutique, une vérité sanctionnée par le temps et par l'expérience des meilleurs observateurs, c'est assurément l'efficacité des émissions sanguines, dans le traitement de la pleuro-pneumonie, et cependant, combien n'a-t-elle pas rencontré d'opposans? De nos jours surtout, des hommes du plus grand mérite semblent avoir pris à tâche de déshériter les saignées au profit de tout autre agent. Parmi ces hérétiques de la médecine, les uns et ils sont en grand nombre, ne jurent que par l'émétique; les autres, peu satisfaits sans doute de l'action du tartre stibié, lui préfèrent l'oxyde blanc d'antimoine.

La question du traitement de la pneumonie est d'une telle importance, que ce ne serait pas trop du concours de tous les praticiens pour la résoudre à l'avantage de la science. Si chacun, voulant payer son tribut, publiait les faits qui lui sont propres, la vérité jaillirait infailliblement de l'appréciation rigoureuse de cette masse d'*expériences*.

Comme il serait tout-à-fait oiseux de rapporter ici l'histoire complète de quarante-deux malades atteints de pleuro-pneumonie à différens degrés que j'ai traités depuis le commencement de l'année 1829, je ne donnerai que le résumé très-succinct de trente-neuf cas, me bornant à le faire suivre de trois observations détaillées (1).

§ II. *Détails statistiques.*

Glotrier (Louis), vigneron à Crosnes, âgé de quarante-un ans : constitution délabrée; ivrogne. Pleuro-pneumonie double, légère à gauche, au 2e degré à droite, base des poumons. Malade depuis deux jours, lors de ma première visite. Du 30 janvier au 4 février, quinze palettes de sang et quatre-vingt-quinze sangsues; le 6 février, un large vésicatoire sur le thorax; le 12, guéri.

2. Boucher, maréchal à Montgeron, âgé de quarante ans : constitution usée par le travail; sobre. Pleuro-pneumonie au 1er degré, lobe inférieur gauche; névralgie temporale du même côté. Du 13 février au 16, douze palettes de sang et cinquante sangsues; le 19 guéri.

3. Étienne, palefrenier à Chalandrais; âgé de cinquante ans; tempérament sanguin, robuste; sobre. Pleuro-pneumonie au 1er degré, base du poumon gauche. Du 14 février

(1) On a quelquefois objecté à la Méthode des émissions sanguines telle que nous l'avons modifiée, de n'être praticable que dans les hôpitaux. Les faits viennent chaque jour répondre victorieusement à cette objection. Sous ce rapport, le travail de M. le docteur Lacaze mérite de fixer, d'une manière toute spéciale, l'attention des praticiens impartiaux et éclairés. On y verra des résultats confirmatifs de ceux que depuis trois ans nous avons si souvent exposés dans ce journal, et auxquels tout le monde ne croit pas.

(1) Il est bien satisfaisant de voir que notre honorable confrère, M. Lacaze, a guéri tous les cas, moins un (voy. plus loin le n° du 13), de pneumonie qu'il a rencontrés dans sa pratique. On sait assez qu'il est de la dernière importance dans les travaux relatifs au traitement d'une maladie quelconque, de comparer le chiffre de ceux qui ont succombé à celui des individus guéris. C'est, en effet, dans le rapport du chiffre des guérisons avec celui des morts, que l'on doit chercher l'une des preuves les plus décisives de la supériorité d'une méthode thérapeutique sur une autre. Telle est aussi notre manière de procéder. (J. B.)

au 16, dix palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 18, guéri.

4. Cretté, aubergiste à Montgeron, âgé de quarante-un ans : tempérament lymphatique; sobre. Pleuro-pneumonie au 2e degré, lobe moyen de poumon droit; malade depuis trois jours. Du 16 mars au 24, douze palettes de sang et quarante-cinq sangsues, le 28, un vésicatoire sur le thorax. Dans les premiers jours d'avril, état satisfaisant de la poitrine; du 5 au 10, accès de fièvre intermittente quotidienne; 36 grains de sulfate de quinine. Le 24, saignée de quatre palettes, suivie d'une guérison rapide.

5. Arpentinier (Pierre,) manouvrier à Villeneuve-Saint-George, âgé de cinquante-un ans : constitution athlétique; tempérament sanguin-bilieux. Pleuro-pneumonie double; au 1er degré, occupant à gauche la base du poumon et à droite le lobe moyen. Du 9 juin au 10, en moins de trente-six heures, dix-huit palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 12, guéri (1).

6. Fleury, postillon à Villeneuve-Saint-George, âgé de trente-six ans : faible complexion; ivrogne et libertin. Pleuro-pneumonie au 2me degré, sommet du poumon droit. Je vois le malade pour la première fois, le 29 du mois d'août. La maladie datait de 15 jours, et l'on s'était borné à faire de l'expectation. Malgré l'extrême faiblesse de Fleury, je fais appliquer trente sangsues en deux jours; le 1er septembre, deux vésicatoires aux jambes; les jours suivans, 24 grains de sulfate de quinine, par la méthode endermique. Du 25 au 30, guéri. (2)

7. Étienne : pleuro-pneumonie légère, base du poumon gauche. Du 1er octobre au 2, six palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 4, guéri.

8. Femme Réveillat, jardinière à Montgeron : tempérament lymphatique, habituellement enrhumée. Pleuro-pneumonie légère, base du poumon gauche. Du 3 au 7 décembre, cinquante-cinq sangsues; le 11, guérie. (3)

9. Chappé. Observation détaillée.

10. Roger (François), charretier à Montgeron; âgé de soixante-six ans : robuste; sobre. Pleuro-pneumonie légère à droite, lobe moyen. Du 22 janvier au 23, quatre palettes de sang et quinze sangsues; le 26, guéri.

11. Fleuré, vigneron à Quincy; âgé de cinquante-trois ans : tempérament sanguin, robuste, ivrogne (4). Pleuro-pneumonie au 2e degré, sommet et lobe moyen du poumon droit. Du 2 février au 7, dix-huit palettes de sang et quarante-cinq sangsues; le 12, guéri.

12. Glotrier (Louis) : Pleuro-pneumonie aux 1er et 2e degré, base du poumon droit. Du 21 avril au 26, douze palettes de sang et quarante sangsues; le 30, guéri.

13. Madame Angot, propriétaire à Crosnes, âgée de soixante-treize ans : tempérament sanguin; habituellement enrhumée. Pleuro-pneumonie aux 1er et 2e degrés, base du poumon gauche. Du 2 juin au 6, douze palettes de sang et 10 sangsues; le 9, guérie.

14. Bonfils (Théodore), propriétaire à Montgeron; âgé de trente-sept ans; tempérament sanguin; faible complexion. Pleuro-pneumonie au 1er degré, base du poumon droit. Du 16 septembre au 19, huit palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 23, guéri.

15. Legrand. Observation détaillée.

16. Roger (François). Pleuro-pneumonie légère à droite, lobe inférieur. Du 6 décembre au 7, quatre palettes de sang et vingt sangsues; le 11, guéri.

17. Parisot (Denis), maçon à Montgeron, âgé de vingt-huit ans : tempérament nerveux, faible complexion. Pleuro-pneumonie au 1er degré, base du poumon droit. Du 21 décembre au 24, neuf palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 26, guéri.

18. Chollet, jardinier à Crosnes, âgé de trente-cinq ans : tempérament nerveux-sanguin; constitution usée par l'ivrognerie. Pleuro-pneumonie aux 1er et 2e degrés; lobe moyen et inférieur du poumon droit; épanchement pleurétique peu abondant. Du 23 décembre au 28, quinze palettes de sang et cinquante sangsues; 1er janvier guéri.

19. Vigoureux (Victor), vigneron à Chalandrais, âgé de vingt-six ans; tempérament sanguin; forte complexion sobre. Pleuro-pneumonie au 1er degré, sommet du poumon droit. Du 20 mars au 23, huit palettes de sang et trente sangsues; le 26 guéri.

20. Réveillat, jardinier à Montgeron, âgé de quarante ans; tempérament bilieux, constitution détériorée; ivrogne. Pleuro-pneumonie légère, base du poumon droit. Du 14 février au 16, dix palettes de sang et vingt sangsues; le 19, guéri.

21. Rousseau (Clémence), âgée de onze ans; faible complexion. Pleuro-pneumonie légère, lobe inférieur du poumon gauche. Du 3 mai au 5, douze sangsues; le 8, guérie.

22. Jolly, huissier à Villeneuve-Saint-George, âgé de soixante-six ans : tempérament lymphatique; constitution débile. Pleuro-pneumonie au 2e degré, sommet du poumon gauche. Du 1er août au 4, trois palettes de sang et trente-cinq sangsues; le 5, trois vésicatoires, un sur le thorax et deux aux jambes; le 8, mort.

23. Rousseau (Alexandre), maçon à Chalandrais, âgé de dix-huit ans : tempérament lymphatique; faible consti-

---

(1) M. Cretté était le médecin d'Arpentinier. Sur mes instances, il pratiqua les larges saignées qui étouffèrent l'inflammation.

(2) Ce cas est du nombre de ceux où il n'est pas nécessaire que les émissions sanguines soient largement et fréquemment répétées. On voit que M. Lacaze, comme tous les vrais praticiens, sait proportionner les moyens qu'il emploie à l'intensité, à l'étendue de la maladie, etc. (J. B.)

(3) Appliquez à ce cas la réflexion de la note précédente. Appliquez-la aussi à plusieurs des cas qui suivront, et notamment à ceux inscrits sous les Nos 10, 16, 21, 31, 36 et 41. (J. B.)

(4) Je signale à dessein cette circonstance, attendu qu'un praticien de Paris, M. Chomel, l'a regardée comme la source d'une indication particulière. Ce médecin accorde aux pneumoniques adonnés au vin, une *quantité déterminée de cette boisson.* (*Voy.* l'art. *Pneumonie* du Dict. de Méd. en 21 vol.) Quant à moi, je n'ai pas cru devoir me conformer à cette sorte de médecine *bachique*, et jusqu'ici je n'ai pas eu sujet de m'en repentir.

tution. Pleuro-pneumonie au 2e degré, base du poumon gauche. Du 13 janvier au 19, dix palettes de sang et quarante sangsues; le 22 guéri.

24. Le jembre, manouvrier à Montgeron, âgé de trente-quatre ans : tempérament nerveux-sanguin, assez bonne constitution. Pleuro-pneumonie au 1er degré; lobe moyen du poumon droit; épanchement pleurétique. Du 23 mars au 27, seize palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 30, guéri.

25. Guittard (Guillaume), charretier à Montgeron, âgé de quarante-huit ans : tempérament lymphatique; faible complexion; habituellement enrhumé. Pleuro-pneumonie légère à la base du poumon gauche. Du 8 juillet au 10, cinq palettes de sang et vingt sangsues; le 13, guéri.

26. Crépaux, jardinier à Montgeron, âgé de trente-cinq ans : tempérament sanguin; robuste. Pleuro-pneumonie au 1er degré, lobe moyen du poumon droit. Du 19 septembre au 22, six palettes de sang et cinquante sangsues; le 24, guéri.

27. Madame Legigon, propriétaire à Montgeron, âgée de soixante-deux ans : tempérament sanguin, bien conservée. Pleuro-pneumonie au 1er degré, base du poumon droit. Du 24 octobre au 28, neuf palettes de sang et quarante sangsues; le 30, guérie.

28. Verdier (François), charretier à Montgeron, âgé de quarante-trois ans : tempérament sanguin-nerveux; fortement constitué. Pleuro-pneumonie aux 1er et 2e degrés, lobe inférieur du poumon gauche. Du 28 novembre au 2 décembre? douze palettes de sang et quarante-cinq sangsues; le 6, guéri.

29. Madame Heurtault, à Montgeron, âgée de soixante-six ans : constitution usée. Pleuro-pneumonie au 2e degré, base du poumon gauche. Du 30 novembre au 3 décembre, neuf palettes de sang et vingt-cinq sangsues, le 9, guéri.

30. Lafon, garde de la forêt de Sénart, âgé de cinquante-quatre ans : tempérament sanguin-nerveux, bien constitué; adonné à l'usage des boissons alcooliques. Catarrhe pulmonaire aigu; pleuro-pneumonie au 1er degré, base du poumon droit. Du 27 janvier au 31, dix palettes de sang et soixante sangsues; le 4 février, guéri.

31. Anglade, aubergiste à Montgeron, âgé de soixante-treize ans : tempérament sanguin; sobre. Pleuro-pneumonie légère à la base du poumon gauche. Du 27 février au 28, quarante sangsues; 4 mars, guéri.

32. Madame Trône, propriétaire à Chalandrais, âgée de soixante-onze ans : forte constitution. Pleuro-pneumonie au 1er degré, lobe moyen du poumon droit. Du 11 avril au 13, six palettes de sang et trente sangsues; le 16, guérie.

33. Duchard, gendarme à Montgeron, âgé de 36 ans : robuste, ivrogne. Pleuro-pneumonie double au 1er degré, à la base du poumon gauche; au 1er et 2e degrés à droite, lobe moyen et inférieur Du 10 avril au 16, dix-huit palettes de sang et quarante-cinq sangsues; le 21, guéri.

34. Guittard (Guillaume). Pleuro-pneumonie légère à la base du poumon gauche. Du 7 mai au 9, six palettes de sang et vingt-cinq sangsues; le 12, guéri.

35. Bousseau (Pierre), maçon à Chalandrais, âgé de cinquante ans : faible complexion. Pleuro-pneumonie au 1er degré, lobe moyen du poumon droit. Du 6 mai au 9, neuf palettes de sang et trente sangsues; le 16, guéri.

36. Rousseau (Rose-Pierre), âgé de dix ans; bien constitué. Pleuro-pneumonie légère, base du poumon droit. Du 8 mai au 10, douze sangsues; le 14, guéri.

37. Jacquinot, maçon à Montgeron, âgé de quarante-un ans : tempérament sanguin-bilieux; très-robuste; sobre. Pleuro-pneumonie au 2e degré; lobe moyen et inférieur du poumon droit; épanchement pleurétique. Du 21 juin au 27, vingt-quatre palettes de sang et quinze sangsues; le 30, guéri.

38. Madame Lainé (Joséphine), femme de chambre, âgée de trente-six ans : tempérament sanguin; fortement constituée. Pneumonie lobulaire, partie postérieure du lobe moyen du poumon droit. Du 20 juillet au 30, quinze palettes de sang; 3 août, vésicatoire sur le thorax; le 9, guérie.

39. Madame Lafon. Observation détaillée.

40. Lanoue (Pierre), charretier à Montgeron, âgé de quarante-neuf ans : tempérament sanguin; constitution usée par l'ivrognerie. Pleuro-pneumonie aux 1er et 2e degrés, lobe inférieur du poumon gauche; épanchement pleurétique. Du 28 février au 4 mars, vingt-cinq palettes de sang et quinze sangsues; le 5, guéri.

41. Hubert (Eugène), à Mantgeron, âgé de douze ans : tempérament lymphatique, faible. Pleuro-pneumonie légère, base du poumon droit. Du 16 mars au 18, douze sangsues; le 21, guéri.

44. Jagu (Julien), vigneron à Chalandrais, âgé de quarante-cinq ans : tempérament sanguin; faible complexion; sobre. Pleuro-pneumonie au 1er degré, lobe inférieur du poumon gauche. Du 17 mars au 20, neuf paletles de sang et quarante sangsues; le 23, guéri.

§ III.

Si je ne me fais illusion, ces détails statistiques prouvent sur-abondamment l'efficacité des émissions sanguines, dans le traitement de la pleuro-pneumonie. Quelques généralités, sur le mode selon lequel on doit se servir de ce moyen énergique, trouvent naturellement leur place ici.

Le premier jour, la veine doit être largement ouverte, et l'on peut laisser couler le sang jusqu'à la syncope; il ne faut pas craindre de tirer en une seule fois, deux livres de sang et plus, si le malade est vigoureux et dans la force de l'âge. On conçoit du reste tout l'avantage d'une déplétion abondante et rapide, dans le traitement de la pleuro-pneumonie, lorsqu'on se donne la peine de réfléchir à l'étroite connexion qui unit si intimement deux des fonctions capitales de l'économie, la circulation et la respiration; mais passons outre. Cette première saignée sera bientôt suivie d'une seconde, si l'on ne donne la préférence à une forte application de sangsues, ou à de nombreuses ventouses scarifiées appliquées *loco dolenti;* voilà pour les premières vingt-quatre heures. Les jours suivans, les mêmes moyens seront continués avec plus ou moins d'énergie suivant les forces du malade, son âge, la violence de l'inflammation, mais toujours jusqu'à l'entière disparition de celle-ci; en général, à

chacune des premières saignées, on fait succéder avec le plus grand avantage l'application d'un bon nombre de sangsues sur le point douloureux. En favorisant la sortie du sang à l'aide de cataplasmes émolliens souvent renouvelés, on obtient un écoulement *permanent* et *dérivatif* à la fois, qui s'oppose à l'afflux anormal du sang vers le point enflammé. Cette médication convient, surtout, dans les cas de pneumonie simple et peu intense; elle guérit aussi promptement les malades sans les débiliter par trop. Mais lorsque l'inflammation envahit les deux poumons, ou bien encore si elle occupe une vaste étendue de l'un des deux organes, les saignées générales répétées ne sauraient être remplacées ni par les sangsues ni par les ventouses scarifiées. Les larges saignées sont encore de rigueur dans les cas d'épanchement pleurétique, ou de toute autre complication aggravant la pneumonie. Ici l'imminence du danger donne la mesure de l'énergie du traitement.

A ces moyens on joindra avec succès l'action révulsive des cataplasmes sinapisés, promenés sur les extrémités pelviennes; une tisane mucilagineuse prise à la température de l'air ambiant, un julep béchique administré à de courts intervalles, complètent l'ensemble du traitement le plus favorable, pour triompher promptement de la pleuro-pneumonie aiguë.

Cependant, les émissions sanguines sont parfois en défaut, soit que le malade réclame trop tard les secours de l'art, soit que son indocilité les ait rendus inutiles, soit enfin que la violence du mal l'emporte sur l'efficacité du traitement antiphlogistique; alors celui-ci trouve un puissant auxiliaire dans l'action du vésicatoire; mais combien cette arme est meurtrière entre des mains inhabiles! On ne saurait assez le répéter, l'emploi de ce moyen énergique exige de la part du médecin une circonspection trop rare aujourd'hui. Nous ne craignons pas d'affirmer que ceux qui recourent aux vésicatoires dans presque tous les cas, sacrifient plus à une routine aveugle, qu'ils n'obéissent à la saine raison; ne voit-on pas tous les jours une foule de médecins employer concurremment avec les saignées, les vésicatoires dès le début de l'inflammation? Sous l'influence de cette médication absurde et dangereuse, une pneumonie légère, qui eût cédé à deux ou trois saignées, ne passe-t-elle pas rapidement aux 2e et 3e degrés? et alors de se récrier contre les émissions sanguines qui n'en peuvent mais. Terminons par une citation qui corrobore ce qui précède : elle est tirée de l'ouvrage de M. Laënnec.

«Trop souvent ils (les vésicatoires) augmentent l'intensité de la fièvre, et par cela même la congestion pectorale; leur application sur la poitrine même rend ce dernier inconvénient plus à craindre, et gêne en outre l'action des muscles inspirateurs. Par toutes ces raisons, je pense que l'emploi des vésicatoires et de leurs succédanés, doit être borné aux cas où, après la période d'acuité, une pneumonie se résout trop lentement et à ceux de pneumonie chronique, et qu'il faut autant que possible éviter de les appliquer sur les points les plus mobiles de la poitrine, c'est-à-dire la partie moyenne des côtés.»

Mais en vain vous prodiguerez les émissions sanguines, vainement vous remplirez toutes les autres indications, si vous n'insistez avec force sur l'observance d'une diète absolue. Le retour du pouls à son état normal, la possibilité d'exécuter des mouvemens respiratoires étendus, sans réveiller la douleur de côté, sans provoquer la toux; enfin, l'expectoration facile de crachats blancs et muqueux; telle est la réunion des signes favorables nécessaires pour désarmer le médecin de sa sévérité. Je crois exagérées les appréhensions de ceux qui pensent qu'une abstinence de quelques jours fait courir les plus grands dangers à un homme dont le poumon est phlogosé.

De tout ce qui précède, je conclus que l'on reproche gratuitement au traitement antiphlogistique, son insuffisance dans bon nombre de cas; à mon sens, on s'attaquerait avec infiniment plus de raison aux médecins qui le dirigent mal. — Les uns manquent de hardiesse et de résolution, ils n'osent persister dans une médication aussi débilitante, parce que les symptômes résistent aux deux ou trois premières saignées; et ils se hâtent de recourir à des moyens thérapeutiques opposés et dont l'action sert souvent d'aliment à l'inflammation. Exemple : les vésicatoires appliqués sur le thorax durant la période d'acuité. — Les autres ne pratiquent les émissions sanguines qu'à de longs intervalles et comme à regret. Ces lenteurs blâmables épuisent les malades sans avantage aucun. — Ceux-là s'en laissent imposer par un mieux apparent, sorte de halte après laquelle l'inflammation marche avec un surcroît d'activité; ils s'arrêtent tout court alors qu'ils n'auraient qu'un dernier coup à frapper pour anéantir le mal. — Il en est qui, dans la crainte chimérique de voir leurs malades mourir d'inanition, s'empressent de les gorger de bouillon, dès les premiers jours. — Le plus grand nombre enfin, et je le dis à regret, afficheraient moins de dédain ou moins d'indifférence pour l'hygiène, s'ils n'étaient complétement étrangers aux premières notions de cette branche si importante de l'art de guérir.

Dans toutes ces circonstances, l'inflammation s'aggrave, fait de rapides progrès, et bientôt elle marche escortée de complications alarmantes. C'est alors qu'on voit surgir *ces fièvres de mauvais caractère*, dites adynamique, ataxique, etc., etc.; alors aussi, le malade court les plus grands dangers. Heureux encore s'il sort vainqueur d'une lutte longue et douloureuse?

En résumé, si le médecin, après avoir assis son diagnostic, attaque franchement l'inflammation pulmonaire, s'il la poursuit à outrance, s'il persiste dans une médication énergique, avec une constance égale à l'intensité de la maladie, il verra toujours, ou presque toujours, ses efforts couronnés de succès. Au contraire, le manque d'énergie, l'hésitation, la peur, signaleront constamment ses revers.

Quelques remarques sur la lithotritie; par M. CIVIALE.

(EXTRAIT.)

Sous ce titre, M. *Civiale* a commencé, le 26 août, à l'Académie de Médecine, la lecture d'un Mémoire dans lequel il se propose de passer en revue les particularités les plus importantes de l'art de broyer la pierre dans la vessie. Ce travail est digne de l'attention des hommes qui s'intéressent

aux progrès d'une invention qui, malgré ses détracteurs, doit être considérée comme un bienfait pour l'humanité. Devant les graves questions soulevées dans une récente solennité, M. *Civiale* ne pouvait rester indifférent; il lui appartenait de repousser quelques attaques dirigées contre une découverte illustrée par ses travaux et ses succès; et surtout de relever des erreurs publiées, et trop légèrement accueillies, sur le procédé qu'il emploie. Sa méthode a effectivement été dénaturée dans les écrits destinés à faire connaître et à préconiser le système de la percussion. Malgré la prédilection que cet habile chirurgien pourrait avoir pour l'instrument qu'il sait manier avec tant de dextérité et de précision, il ne faut pourtant pas croire que la pince à trois branches, dont il se sert le plus souvent, lui fasse proscrire l'emploi du percuteur, ainsi qu'on l'a avancé à tort. M. *Civiale* se plaît, au contraire, à reconnaître les avantages incontestables présentés par l'instrument de M. *Heurteloup*, mais seulement pour les cas de pierres dures et volumineuses. Dans tous les autres cas, et lorsque le calcul, quoique dur, a été réduit en gros fragmens par la percussion ou par la pression graduée, la pince à trois branches conserve encore sa supériorité.

C'est à l'examen comparatif de ces deux instrumens, envisagés sous le double point de vue de leur utilité réelle et du mécanisme de leur application, que M. *Civiale* a principalement consacré la première partie de son Mémoire. Dans ce parallèle, où les avantages et les inconvéniens de l'une et de l'autre méthode sont pesés avec impartialité, l'auteur a invoqué le témoignage des faits et de l'expérience; il s'est appuyé sur des démonstrations de physique mécanique faciles à saisir. Tout en reconnaissant que le nouvel instrument est une véritable conquête, qui agrandit le domaine de la lithotritie, l'auteur a dû néanmoins faire la part de l'exagération qui a accueilli le nouveau procédé. Si le percuteur a des avantages dans certains cas déterminés, la pince à trois branches a aussi les siens. C'est en combinant ces deux procédés, suivant les circonstances, en les appliquant aux cas qui réclament plus spécialement leur emploi, que M. *Civiale* fait tourner au profit de la science et de l'humanité ses propres travaux et ceux de ses honorables confrères. Le temps est venu où la lithotritie, dégagée des questions personnelles et inflammables qui l'ont malheureusement trop agitée, peut espérer de marcher désormais dans la voie du progrès.

Dans la partie de son mémoire communiquée à l'Académie, M. *Civiale* a donné une description succincte des nouveaux instrumens et de leur mise en pratique; il a signalé quelques défauts dans leur constructions, dans leur mécanisme et fait connaître quelques moyens de les corriger. Avant de tracer le parallèle entre les deux manières d'opérer, il a précisé l'application de chacune d'elles.

1° Dans les cas de petits calculs, dans ceux de grosses pierres friables, et lorsque les pierres dures ont été réduites en gros fragmens, l'emploi de la pince à trois branches et du procédé ordinaire, donne les résultats les plus satisfaisans. Le corps étranger est écrasé, comminué par une pression instantanée que le chirurgien exerce avec sa main. L'auteur indique un grand nombre de cas dans lesquels il a ainsi terminé l'opération en une seule séance de moins de cinq minutes.

2° Lorsque le calcul est plus gros et très-dur, la pression seule ne suffit pas; il faut attaquer la pierre d'une autre manière; il faut la perforer, l'évider, afin de rendre l'écrasement plus facile. L'opération se complique alors en raison de la grosseur du calcul dont la destruction exige plusieurs séances. Cependant la pince à trois branches offre encore des avantages réels, car les opérations sont peu douloureuses et encore beaucoup moins répétées qu'on ne le dit. En prenant le terme moyen des séances faites à 244 malades, opérés par M. *Civiale*, on trouve quatre séances et une fraction pour chaque malade. Mais, ainsi qu'il le fait observer, les séances sont fort courtes.

Dans tous ces cas, les perforations ne sont employées que comme un moyen préliminaire pour faciliter le *brisement*, *l'écrasement*.

3° Quant aux perforations successives, dans lesquelles, ajoute M. *Civiale*, on a bien à tort fait consister toute la manœuvre de la lithotritie, elles sont réservées exclusivement pour les cas de grosses pierres et très-dures. Alors le traitement est long, douloureux; de nombreuses séances sont nécessaires avant que la pierre éclate. L'auteur accorde dans ces cas la préférence au système de la percussion, parce qu'il est plus prompt et qu'il étend la sphère d'application de la lithotritie. Sous ce rapport, le nouveau procédé lui paraît une amélioration incontestable, qu'il s'est empressé d'adopter et de modifier suivant le besoin.

Après avoir précisé l'application de chaque procédé, spécifié les cas où chacun d'eux doit être préféré, M. *Civiale* s'exprime de la manière suivante, au sujet de la manœuvre de l'un et de l'autre instrument.

« S'agit-il de saisir la pierre? les trois branches du litholabe, en se rapprochant, tendent à la ramener vers le centre; elle ne peut s'échapper ni par les ouvertures latérales, dont la grandeur diminue à mesure qu'on ferme l'instrument, ni par l'ouverture antérieure où elle est retenue par les crochets. Ainsi, toutes les fois que la pierre a peu de volume, elle est saisie avec promptitude et fixée avec solidité : ce résultat est dû au mécanisme de l'instrument lui-même, qui fait connaître aussi avec précision de quelle manière la pierre se trouve placée dans la pince.

« Lorsque, au contraire, on emploie un instrument à deux branches, on éprouve toujours une certaine difficulté pour constater la position du calcul relativement à l'instrument; on ne peut savoir préalablement de quelle manière il est placé dans la pince, et dans le mouvement qu'on fait pour le fixer, les deux branches, en se rapprochant, tendent à le chasser du côté où il ne rencontre aucune résistance; aussi s'échappe-t-il, surtout si la pierre n'est pas aplatie et si les deux branches ne s'appliquent pas justement sur son milieu. Cette partie de l'opération est abandonnée au hasard; il n'y a pas de manœuvre à l'aide de laquelle on puisse sûrement saisir la pierre par le centre plutôt que par tout autre point.

« Indépendamment de cette fâcheuse incertitude, il y a des douleurs vives auxquelles on ne peut soustraire le malade, et qui sont le résultat exclusif du mécanisme du nouvel instrument. Chaque fois qu'on veut s'assurer si la pierre est dans la pince, on est obligé d'en rapprocher les branches; si elle n'y est pas ou si elle s'échappe, il faut les écarter de nouveau et ainsi de suite; on ferme et on ouvre successive-

ment l'appareil, jusqu'à ce que le calcul y soit invariablement placé. Dans ces mouvemens de va et vient, d'avant en arrière et de demi-rotation, les douleurs sont vives, quelquefois intolérables : tandis que par l'emploi de l'appareil ordinaire on ne ferme la pince qu'après s'être assuré, au moyen du lithotriteur, que la pierre est dans l'instrument. Cette partie de la manœuvre ne me paraît pas avoir assez fixé l'attention des opérateurs : elle est pourtant remarquable par le peu de douleur qu'elle produit et par la précision avec laquelle on procède.

« Faut-il écraser la pierre ? Les moyens que j'emploie, dans les cas de petits calculs permettent d'agir instantanément, sans secousses, sans mouvemens de l'appareil, sans rien changer ni rien ajouter : la main seule du chirurgien, appliquée sur le cuivrot, et prenant un point d'appui sur la rondelle du litholabe, suffit pour écraser le calcul entre la tête du lithotriteur et les crochets des branches. Le chirurgien connaît avec précision le degré de force qu'il emploie ; elle est, pour ainsi dire, identifiée avec sa main ; il la modère à son gré.

» Par le nouveau procédé, au contraire, la pression et la percussion ne s'exécutent que par une force brute qu'il est impossible de maîtriser et de graduer convenablement ; dont l'emploi exige des changemens, des additions, ce qui complique la manœuvre, la rend lente et incertaine : il y a du temps de perdu, et le séjour de l'instrument dans la vessie se trouve prolongé au détriment du malade.

» S'agit-il de très-petits calculs, des derniers fragmens de la pierre ; d'en faire l'extraction dans les cas de paralysie de la vessie ; de constater la guérison ? l'insuffisance, l'inutilité des nouveaux instrumens devient plus évidente encore ; il n'y a même plus de parallèle à établir.

« Veut-on, au contraire, détruire une pierre dure et volumineuse ? l'instrument à trois branches et le procédé ordinaire sont d'une application douloureuse, difficile, d'une action lente ; ils deviennent même inutiles, lorsque le volume et la dureté se trouvent réunis dans la même pierre. L'emploi du percuteur doit alors être toujours préféré, pour commencer l'opération. »

Telles sont les judicieuses réflexions suggérées à M. *Civiale* par l'examen comparatif des deux méthodes qui se disputent aujourd'hui la prééminence. L'expérience seule a pu lui permettre d'apprécier l'une et l'autre à sa juste valeur.

L'auteur a terminé la lecture de cette partie de son Mémoire en résumant les points principaux sur lesquels il désirait appeler l'attention. Nous rendrons compte de la suite de ce travail. (L..... N.)

N° DU 13.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

De l'efficacité des émissions sanguines répétées, dans le traitement de la pleuro-pneumonie; par M. le Docteur LACAZE, Médecin à Montgeron.

(DEUXIÈME ET DERNIER ARTICLE)

§ IV. *Observations particulières.*

Première observation. — Pleuro-pneumonie, 1er et 2e degrés, occupant la presque totalité du lobe inférieur du poumon gauche ; épanchement pleurétique. — Trente-trois palettes de sang en cinq jours ; le 9e jour un large vésicatoire sur le thorax. — Convalescence, le 13e jour après le commencement du traitement.

Chappé (Paul), charretier à Montgeron, âgé de trente-trois ans ; brun, d'une forte constitution, a eu déjà trois fluxions de poitrine. Le 28 décembre, il est pris d'un point de côté très-violent et de fièvre. Je le vois le 30 pour la première fois. Abattement, face altérée, terreuse ; langue recouverte d'un enduit noirâtre et visqueux ; soif vive ; peau sèche et brûlante ; pouls dur, serré, à 115-120 ; élancemens dans tous les membres ; décubitus dorsal ; oppression, anxiété ; respiration laborieuse, entrecoupée, de 38 à 40 inspirations par minute ; toux fréquente, douloureuse ; expectoration difficile de crachats rouillés, visqueux et adhérens ; râle crépitant en avant et au niveau du mamelon gauche ; absence du murmure respiratoire et de tout râle à partir de ce point jusqu'à la base de l'organe ; bronchophonie en arrière sous le scapulum ; aux environs de l'angle inférieur de cet os, l'égophonie est très-distinctement perçue ; matité dans les tiers inférieur de la cavité thoracique ; douleur costale poignante et rapportée au-dessous et en arrière du mamelon gauche. (Prescription : Saignée de huit palettes au moins sans provoquer la syncope ; tisane mucilagineuse ; julep béchique ; cataplasmes émolliens sur le thorax ; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités pelviennes.)

Je revois le malade dans la soirée. Il accuse une violente céphalalgie, la face est animée, le pouls plein, vibrant, à 130-135. (Nouvelle saignée de plus de six palettes, suivie de syncope.)

31. Peu de sérosité ; caillot très-riche et recouvert d'une couenne épaisse et résistante.

Après la saignée du soir, sommeil paisible de deux à trois heures. Moins d'excitation générale ; moins de céphalalgie ; pouls plein, mou, à 120-125 ; crachats plus abondans, fortement rouillés, visqueux et difficilement expectorés ; même état de la poitrine ; cependant l'égophonie est moins nettement perçue que la veille. (Saignée de quatre palettes ; le reste comme hier.)

Vu le soir. Léger amendement ; peau moins sèche, moins brûlante ; le râle crépitant occupe une plus grande étendue ;

pouls plein, mou, à 120. (Saignée de quatre palettes, suivie de syncope.)

1er janvier. Le caillot nage dans une sérosité plus abondante; mais la couenne qui le recouvre conserve la même consistance.

Nuit agitée; abattement; face altérée; langue sale et sèche; dents fuligineuses; nausée, vomissement bilieux; pouls mou, dépressible, à 120-125; coucher en supination, quoique les décubitus latéraux soient possibles; crachats rouillés et adhérens, plus rares; 35-36 inspirations par minute; douleur costale vive; point d'égophonie; bronchophonie moins bruyante; râle crépitant de retour à la base du poumon et en avant; en arrière et sur le côté, ni râle ni respiration dans l'étendue de 4 à 5 pouces, matité dans ce point; au niveau du mamelon le murmure respiratoire remplace la crépitation qui gagne vers la base de l'organe. La partie supérieure du poumon fonctionne avec liberté. (Saignée de quatre palettes; *ut suprà*, moins le julep.)

Vu le soir. Journée assez bonne; expression de la face meilleure; plus de vomissement; pouls mou, à 115-120; peau halitueuse; même état du poumon.

2. Nuit calme; sommeil paisible de plusieurs heures; sueurs; le malade a mouillé deux chemises; il se trouve moins accablé quoique très-faible; il se meut plus aisément; langue sale, humide sur ses bords et sèche au milieu; pouls mou, à 115-120; expectoration plus facile de crachats rouillés, mêlés de crachats blancs; douleur costale moindre; le râle crépitant occupe tous les points précédemment indurés, à l'exception d'une portion très-peu étendue de la partie extérieure et postérieure du lobe inférieur, où je ne perçois ni respiration, ni râle; là le son est mat. (Saignée de quatre palettes; le reste comme hier.)

3. Six heures de sommeil; face épanouie; langue sale et humide; soif modérée; pouls mou, dépressible, à 100-105; 25-28 inspirations par minute; crachats moins rouillés, moins visqueux, plus abondans et facilement expectorés; la respiration s'exécute dans toute l'étendue de la portion antérieure du lobe inférieur; crépitation de retour en dehors et en arrière du poumon, plus de matité; plus de bronchophonie; peau halitueuse; urine rare et bourbeuse. (Saignée de trois palettes, *ut suprà*; moins les cataplasmes sinapisés.)

Vu le soir à 10 heures. Journée orageuse. Depuis le matin le malade éprouve un besoin impérieux d'uriner sans pouvoir le satisfaire. La vessie distendue fait saillie dans la région sus-pubienne. Je pratique le cathétérisme; émission d'une grande quantité d'urine, suivie d'un soulagement instantané. (Cataplasme sur l'hypogastre; demi-lavement émollient.)

4. Le caillot des trois dernières saignées se recouvre d'une couenne moins épaisse, moins résistante; la quantité de sérum va croissant jusqu'à la septième saignée; néanmoins le sang est encore riche en fibrine.

Le lavement n'a point été rendu. Le malade n'a point uriné, il n'en ressent pas le besoin; je m'assure d'ailleurs que la vessie n'est point distendue. Nuit calme; quelques heures d'un sommeil paisible. A son réveil, Chappé est inondé de sueur; et cette circonstance explique le défaut de sécrétion urinaire. Facies bon; langue humide; soif peu vive; pouls mou, peu développé, très-dépressible, à 95-100; respiration aisée et sans fréquence; expectoration facile de crachats moins rouillés et de quelques crachats parfaitement blancs; plus de matité; le râle crépitant est borné à trois ou quatre pouces d'étendue en dehors et en arrière; les autres portions du poumon naguère enflammées sont perméables à l'air. (*Ut suprà*, moins la saignée; demi-lavement laxatif.)

Vers le milieu de la journée, deux selles liquides abondantes; excrétion facile de l'urine.

5 et 6. Etat stationnaire; même prescription, moins le lavement laxatif.

7. Découragement; prostration; pouls petit et dépressible, à 100; moins de liberté dans les mouvemens respiratoires qui réveillent la douleur costale dont la violence avait progressivement diminué sous l'influence des saignées; toux douloureuse; expectoration laborieuse de crachats légèrement teints de sang; râle crépitant dans le point déjà indiqué; état satisfaisant du reste de l'organe. (Large vésicatoire sur la région postérieure et externe du thorax; eau de lin miellée, cataplasmes sinapisés aux jambes.)

8. Exacerbation des symptômes généraux; nuit agitée; point de sommeil; injections des pommettes contrastant avec la pâleur du reste de la face; pouls vif, petit, à 100-150; crachats rouillés, visqueux et rares; la précipitation occupe toujours le même poins. (Le pansement du vésicatoire est douloureux; tisane de lin, demi-lavement mucilagineux.)

9-10. Amélioration progressive; crachats presque blancs facilement expectorés; pouls mou, à 95; peau bonne; la douleur costale est moins vive; à peine un peu de crépitation; faiblesse extrême du malade. (*Ut supra*; eau de poulet.)

11-12. État très-satisfaisant; pouls petit, à 80; plus de douleur costale; plus de râle crépitant; l'air pénètre partout; mais en dehors et en arrière le murmure respiratoire est très-faible; crachats blancs, muqueux et rares; les grandes inspirations ne réveillent ni la toux ni le point de côté. (Trois bouillons coupés; *ut suprà*.)

A compter de ce jour Chappé marche rapidement vers la guérison.

Deuxième observation.— Pleuro-pneumonie, 1e et 2e degrés, occupant la partie antérieure et externe des lobes moyens et inférieurs du poumon droit. Huit palettes de sang et quarante sangsues, en quatre jours. Le 7e jour un large vésicatoire sur la poitrine. Convalescence le 16 et 17e jours après le commencement du traitement.

M. Legrand, propriétaire à Crosnes, âgé de soixante-dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, était à peine convalescent d'une congestion cérébrale qui avait nécessité l'application de vingt-cinq sangsues, l'usage de plusieurs bains et une abstinence de quatre jours, lorsqu'il fut pris d'un point de côté, le 9 octobre 1830. D'abord supportable, la douleur devient bientôt poignante; elle se complique de toux, de fièvre, et force enfin le malade à garder le lit. Je le vois le 11.

Céphalalgie violente, face vultueuse; yeux injectés; langue sèche, rouge à sa pointe et sur les bords; pouls large,

mou, à 85-90; peau sèche et brûlante; sentiment de brisure dans tous les membres; coucher en supination; douleur pongitive au niveau du mamelon droit, respiration entrecoupée, à 35-36; toux fréquente et douloureuse; expectoration difficile de quelques crachats fortement teints de sang, visqueux et très-adhérens; matité; absence de murmure respiratoire et de tout bruit anormal au niveau du mamelon droit et en dehors de ce point; râle crépitant disséminé autour de la portion hépatisée du poumon, principalement en arrière et en bas; souffle en avant du bord costal de l'omoplate. (Vingt-cinq sangsues *loco. dol.* Cataplasmes émolliens souvent renouvelés sur le thorax; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures; eau gommée; julep béchique.)

12. Les piqûres des sangsues ont fourni beaucoup de sang. Nuit agitée, point de sommeil; le pouls est plus développé, plus dur, à 05-190; pas d'amendement du côté de la poitrine; le malade est plus oppressé que la veille. (Saignée de cinq palettes; le reste comme hier.)

13 Caillot à bords renversés, recouvert d'une couenne très-résistante; peu de sérum.

Amélioration de tous les symptômes généraux; facies moins animé; langue moins rouge, plus humide; pouls mou, plein, à 95; peau halitueuse; moins de douleur au côté; moins d'oppression; respiration moins saccadée, à 30; crachats rouillés, plus abondans; mêmes signes stéthoscopiques. (Saignée de trois palettes; le reste comme hier)

14. Caillot moins riche, recouvert d'une couenne moins dense; sérosité plus abondante.

Nuit assez calme; quelques heures de sommeil; le malade est très-faible; il se sent mieux; l'expression de la face est bonne; langue humide; soif peu vive; pouls mou, se déprimant à la plus légère pression, à 85-90; peau halitueuse; urine rare, foncée en couleur, ne déposant pas; respiration plus libre, réveillant à peine le point de côté, à 25-28; toux moins douloureuse; crachats rouillés, facilement expectorés, mêlés de crachats blancs; au niveau du mamelon, râle crépitant de retour. La crépitation qui cernait le point induré occupe une moindre étendue; elle est remplacée par le murmure respiratoire. En arrière plus de souffle; le son est clair partout, excepté au niveau et en dehors du mamelon où il est un peu obscurci. (Quinze sangsues, *loco dol.; ut suprà.*)

15-16. M. Legrand est très-affaibli, mais il conserve tout son courage; il se trouve mieux: même état du pouls et de la peau; respiration facile, à 25; crachats moins sanguinolens, moins visqueux; le râle crépitant est borné à l'étendue de 3 à 4 pouces; il occupe le point précédemment hépatisé; plus de matité. (Eau de gomme; julep béch.; cataplasmes sur le thorax; demi-lavement émollient.)

17. Point de changement dans l'état du malade qui s'affaiblit de plus en plus; la douleur costale est un peu plus vive. (Large vésicatoire sur la partie antérieure et inférieure du thorax, le reste *ut suprà.*)

18. Nuit agitée, pas de sommeil; pommettes injectées; langue moins humide; soif plus vive; peau sèche et chaude; pouls petit, à 90-100; urine rare et très-foncée en couleur; respiration accélérée, à 30. Crachats peu abondans, peu rouillés; râle crépitant occupant le même point. (Le pansement du vésicatoire est peu douloureux; le reste comme hier.)

Du 19 au 22, amélioration progressive. Les crachats deviennent blancs et muqueux; les mouvemens respiratoires s'exécutent avec plus de liberté; la douleur costale s'affaiblit de jour en jour; le râle crépitant est successivement remplacé par le murmure de la respiration; le pouls perd sa fréquence, il est mou, faible, à 80; la peau conserve de la moiteur, sa température est normale; les urines sont troubles, bourbeuses, peu abondantes. (Eau de poulet; *ut suprà.*)

Du 23 au 26 même état; (même prescription, plus des demi-lavemens émolliens qui provoquent l'excrétion de matières fécales très-dures).

27. La douleur de côté n'est plus réveillée dans les grands mouvemens de la respiration; celle-ci s'exécute librement en tous points; les crachats sont parfaitement blancs, l'expectoration en est facile; le pouls est à 70-75; la peau bonne; les urines moins rares et moins chargées. (Trois bouillons coupés; *ut suprà.*)

Les jours suivans le mieux continue; j'augmente graduellement les alimens.

Troisième observation. — Pleuro-pneumonie double, 1er degré, légère à droite, plus intense à gauche où elle occupe la base du poumon; gastro-duodénite. Vingt-quatre palettes de sang et cinquante-cinq sangsues, en sept jours; le 9e jour, douze sangsues. Convalescence, le 10e jour après le commencement du traitement.

Mme Lafon, âgée de cinquante-cinq ans; d'un tempérament sanguin, d'une forte complexion; vivant dans l'aisance; adonnée aux boissons spiritueuses. Le 13 décembre 1833, elle est prise de frissons, elle ne peut parvenir à se *réchauffer*. Vers le milieu de la nuit elle ressent un malaise général bientôt suivi de nausées, de vomissemens bilieux abondans, et d'évacuations alvines de même nature. Je la trouve dans l'état suivant, dans la matinée du 14:

Céphalalgie intense; teinte citrine de la face qui exprime l'anxiété; langue recouverte d'un enduit jaunâtre; bouche pâteuse, amère; anorexie, nausées, vomissemens bilieux; soif inextinguible; douleur épigastrique plus marquée à droite qu'à gauche; oppression extrême; pouls profond, très-dépressible, irrégulier, à 95-100; chaleur âcre de la peau qui, au col et à la poitrine principalement, offre la même teinte qu'à la face; urine rare, colorée en jaune et ne déposant pas; les déjections présentent la même couleur; douleurs contusives, élancemens dans les membres; prostration générale; découragement; aucune douleur à la poitrine: la malade peut se coucher sur les deux côtés, mais elle préfère le décubitus dorsal; respiration laborieuse, saccadée, à 35-38; peu de toux, pas de crachats, râle crépitant à la partie antérieure du lobe inférieur du poumon droit, borné à une petite étendue; le reste de l'organe fonctionne parfaitement; râle crépitant occupant la base du poumon gauche en avant et en dehors; la respiration s'exécute dans tous les autres points du poumon gauche; la poitrine résonne partout. (Saignée de six palettes au moins, suivie de nausées et de vomissemens; dans la journée, vingt-cinq sangsues appliquées en cordon le long des cartilages des côtes

asternales droites; cataplasmes émolliens sur le thorax et l'épigastre; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités pelviennes; eau gommée; julep béchique).

15. Caillot recouvert d'une couenne très-épaisse, comme infiltrée de sérosité, se déchirant facilement, d'un jaune verdâtre; notable quantité de sérum. Les piqûres des sangsues ont fourni beaucoup de sang. Point de sommeil, nuit agitée; moins de prostration, moins de vomissemens; les conjonctives partagent la coloration de la peau; le pouls est plus développé, il est dur, moins irrégulier, à 100 la chaleur est aussi mordicante; même rareté de la sécrétion urinaire; une selle liquide, bilieuse; oppression moindre; peu de douleur à l'épigastre; respiration plus libre, moins fréquente; expectoration facile de crachats fortement colorés en jaune, striés de sang, visqueux et adhérens; même état des poumons. (Saignée de cinq palettes, suivie de vomissemens et de syncope; le reste comme hier.)

16. Même état à peu près; plus de cripitation à droite plus de vomissements depuis la saignée d'hier. (Saignée de quatre palettes, suivie de nausées sans vomissements; le soir quinze sangsues à l'épigastre; le reste comme hier.)

17. Les sangsues ne furent pas appliquées tant la malade se trouvait bien; la première moitié de la nuit a été bonne; sommeil calme de plusieurs heures; de deux à quatre heures du matin, agitation; douleur vive à l'épigastre, nausées, oppressions; Mme Lafon veut qu'on lui applique les sangsues prescrites la veille. Les piqûres coulent abondamment lors de ma visite. Le facies est bon; le pouls est mou, dépressible, à 90; moins d'oppression, respiration plus facile, à 30; crachats visqueux, très-adhérens, jaunâtres, à droite; la respiration remplace le râle crépitant; même état du poumon gauche; faiblesse, peau moins brûlante, moins sèche; douleur épigastrique moindre. (Eau gommée, cataplasmes à la base de la poitrine, demi-lavement à l'eau de son.)

18. La journée d'hier a été assez bonne; nuit orageuse; pas de sommeil, agitation; pommettes injectées; expression de souffrance de la face qui est plus pâle que jaune; langue sale; soif; peau sèche et brûlante; pouls petit, vif, à 100-105; oppression, douleur pongitive au dessous et en arrière du sein gauche; respiration entrecoupée; à 35-36; expectoration difficile de crachats rouillés, visqueux, rares, mêlés de crachats blancs; râle crépitant moins étendu à gauche; le son est moins clair dans le point correspondant à la douleur costale que dans les autres parties du thorax; rien dans le poumon droit. (Saignée de quatre palettes; le soir, quinze sangsues *loco dol*; le reste *ut suprà.*)

19. Nuit calme, quatre heures d'un sommeil paisible; la malade a mouillé une chemise; elle se trouve mieux, quoiqu'elle soit très-faible; le point de côté persiste; les crachats sont rouillés, visqueux et plus abondans; le râle crépitant occupe une plus grande étendue; le son est clair; pouls mou, petit, à 90-95; peau halitueuse; urine rare et trouble. (Saignée de trois palettes, eau de lin miellée, cataplasmes sur le thorax.)

20. Nuit paisible; sommeil de plusieurs heures; pâleur de la face; langue moins saburrale; soif moins vive; pouls mou, à 80-85; peu d'oppression; la douleur costale ne se réveille que dans les grands mouvemens respiratoires; 25 à 26 inspirations par minute; crachats plutôt jaunâtres que rouillés, moins visqueux, plus abondans et facilement expectorés, râle crépitant borné à une petite étendue et remplacé par le murmure de la respiration; clarté du son; peau moins chaude, halitueuse; urine bourbeuse, moins jaune. (Saignée de deux à trois palettes, le reste comme hier.)

21. Journée et nuit bonnes; mieux marqué; désir de manger; pouls mou, très dépressible, à 75-80; peau bonne; urine bourbeuse plus abondante; respiration parfaitement libre; expectoration facile de crachats blancs, muqueux, jaunissant par le contact de l'air, le point de côté persiste toujours quoiqu'à un faible degré; plus de râle crépitant; le murmure respiratoire le remplace en tout point; poitrine sonore. (Eau de poulet, *ut suprà.*)

22. Amélioration. Cependant la douleur costale persistant je fais appliquer 12 sangsues *loco dol.* — le reste *ut suprà.*)

23-24. Convalescence confirmée; le point pleurétique a disparu. (Bouillons coupés.)

A partir de ce jour, la malade marche vers une guérison rapide.

Le sang des cinq dernières saignées n'a offert d'autre différence avec celui de la première, que dans la quantité proportionnellement plus grande du sérum, et dans la moindre densité de la couenne qui a toujours existé.

Réflexions.

La première observation est sur tout remarquable sous le rapport du diagnostic. En effet, il n'était pas facile de reconnaître, dès l'abord, le deuxième degré de la pneumonie dont les signes pathognomoniques se retrouvent dans les cas d'épanchement pleurétique; car la bronchophonie, la matité et l'absence du murmure respiratoire sont des symptômes communs à ces deux affections. Or, l'égophonie m'assurait de la présence d'un liquide dans la cavité pleurale. Je pouvais donc, dans les premiers jours, ne croire qu'à un épanchement et à une pneumonie au premier degré, que le râle crépitant et les crachats rouillés me révélaient parfaitement. Le raisonnement suivant me sauva de l'erreur. Puisque je constate l'égophonie aux environs de l'angle inférieur du scapulum, le niveau de l'épanchement se trouve au-dessous de cet angle; conséquemment le liquide épanché est peu abondant; conséquemment aussi le refoulement du poumon est peu étendu. La pression du liquide n'est donc pas assez forte pour s'opposer à l'accès de l'air dans la totalité du lobe inférieur; sur tout elle n'a pas suffi pour vider les vésicules pulmonaires de tout le gaz qu'elles contiennent. Je devais donc conclure ainsi : si là où le parenchyme du poumon est légèrement comprimé, le son est mat, si la respiration y est nulle, si, enfin, la bronchophonie existe, il doit y avoir nécessairement induration. J'acquis, d'ailleurs, quelques jours plus tard la certitude que le lobe inférieur était hépatisé dans une assez grande étendue, et l'erreur, en admettant que je l'eusse commise, n'aurait pas été préjudiciable au malade, puisque, dans les deux cas, je devais agir avec vigueur. J'insiste sur ce point, parce que des cas analogues se présentent dans la pratique plus fréquemment qu'on ne le pense en général, et qu'ici les demi-moyens seraient hors de saison.

Un mot maintenant sur le traitement. Le 3 janvier, le cinquième jour après ma première visite, je pratiquai la septième saignée. Le malade était très-débilité; et cette faiblesse extrême me fit renoncer aux évacuation ssanguines. Cependant l'inflammation persistait, à un faible degré à la vérité, et la dernière saignée (trois palettes) ne fut pas suivie de syncope. N'aurais-je pas dû continuer l'emploi d'un moyen qui m'avait si bien réussi jusque là? Je n'hésite pas à résoudre affirmativement la question. Je suis persuadé qu'en saignant de rechef, j'aurais porté le coup de grâce à l'inflammation qui s'accrut de mon inaction. La guérison aurait été plus rapide, et *Chappé* l'eût achetée au prix de moins de souffrances. Assurément aujourd'hui je ne retomberais pas dans la même faute; mais je pense que, l'ayant commise, je ne pouvais me dispenser d'appliquer un large vésicatoire sur la poitrine.

La seconde observation n'offre rien de remarquable sous le rapport du diagnostic. Les symptômes étaient tellement tranchés, tellement nets que l'on ne pouvait se méprendre sur le siége et sur la nature de la maladie. Mais le traitement que je lui ai opposé témoigne de toutes mes appréhensions. J'étais effectivement peu rassuré. M. Legrand touchait à quatre-vingts ans, et il était à peine rétabli de la congestion cérébrale déjà mentionnée, lorsque la pleuro-pneumonie survint. L'âge avancé du malade et la gravité de la seconde maladie aurait intimidé des plus hardis que moi. C'étaient deux écueils également redoutables. Aussi mon début est-il timide. Le premier jour je me borne à faire appliquer vingt-cinq sangsues *loco dolenti*. Mais la raison l'emporte bientôt sur la peur. Le lendemain j'ouvre largement la veine, et je ne tire pas moins de cinq palettes de sang. Cette déplétion ne fait pas faiblir le malade qui en éprouve un soulagement notable. Le 13, M. Legrand conserve encore de la force. Le sang extrait de la veine est riche en fibrine; le caillot, dont les bords sont renversés, est recouvert d'une couenne épaisse et résistante; il baigne dans un sérum peu abondant. Ces particularités dédaignées par certains médecins et dont j'ai grand soin de tenir compte, ces particularités, jointes au mieux produit par la médication de la veille, me décident à recourir au même moyen. Cette fois je pratique une saignée de trois palettes: point de syncope, point de malaise; je note seulement du mieux et une faiblesse plus grande qui ne m'empêche pas de faire appliquer, le 14, quinze sangsues sur le thorax. Quant au vésicatoire, je pense qu'il était mieux indiqué ici que chez le sujet de la première observation.

La troisième observation prouverait au besoin que la pneumonie compliquée de *symptômes bilieux* est aussi promptement vaincue par les émissions sanguines, que la pneumonie simple. Je me contenterai de faire remarquer que, m'en laissant imposer par le mieux apparent que j'observai le 17, mieux dû aux sangsues appliquées le matin de ce jour, je crus pouvoir me dispenser de rouvrir la veine. Je me trompai complétement: cette inaction répréhensible servit d'aliment à l'inflammation pulmonaire qui, le 18, menaçait de passer du premier au second degré. Fort heureusement, je me ravisai à temps. Les jours suivans je poursuivis le mal sans relâche. Mes efforts ne furent pas vains; car le 10e jour, la malade entrait en convalescence.

Chute sur le menton, fracture de la base du crâne par contre-coup, accidens consécutifs, autopsie.

Observation communiquée par le Docteur LEFÈVRE, de Rochefort.

Le nommé Brochard, Arsène, âgé de 22 ans, matelot de 2e classe à la 64e compagnie permanente des équipages de ligne, fut, le 26 décembre 1833, étant ivre, précipité par la fenêtre d'un second étage. Il tomba sur le menton et fut immédiatement après porté à l'hôpital de la Marine. Il y avait impossibilité presque absolue d'ouvrir la bouche, les mâchoires étant très-rapprochées, l'inférieure était portée en arrière et un peu à gauche; une contusion assez forte existait au-dessous du menton; la région temporo-maxillaire était douloureuse particulièrement du côté droit; celle-ci était légèrement ecchymosée, un peu de sang s'était écoulé par le conduit auditif du même côté; le diagnostic était assez obscur, cependant on s'arrêta à l'idée d'une fracture du col du condyle. Un traitement antiphlogistique énergique fut mis en usage, l'état du blessé s'améliora promptement; les mouvemens de la mâchoire devinrent plus faciles; il sortit de l'hôpital le 20 janvier 1834, éprouvant encore de la gêne dans les mouvemens de la mâchoire et dans la déglutition. Peu de temps après, la section de compagnie à laquelle appartenait Brochard fut embarquée sur le pyroscraphe le *Météore*: il dut suivre cette destination. Mais depuis sa chute ce marin éprouvait de fréquens maux de tête; son caractère avait beaucoup changé: d'actif et gai il était devenu triste, indolent et paresseux. Le 20 février il entra de nouveau à l'hôpital où il séjourna peu de temps, sa compagnie ayant passé du *Météore* sur le *Triton*. Brochard fut signalé au chirurgien-major de ce vaisseau comme atteint d'aliénation mentale, et comme tel soumis à une observation toute spéciale (on craignait qu'il ne voulût simuler la folie pour se faire renvoyer du service). Il se plaignait toujours de violens maux de tête et de difficulté d'avaler; l'appétit était cependant fort bon. Le 4 mai il entra à la salle des fiévreux. Une saignée générale, des pédiluves irritans combattirent avec succès les douleurs de tête. Comme il ne se plaignait d'aucune autre partie, on le mit dehors le 8 du même mois. Le 9 on le fit rentrer à l'hôpital pour que le médecin en chef pût constater son état moral; par erreur il fut encore dirigé sur la salle des fiévreux et le médecin qui l'avait mis *exeat* la veille, ne pouvant apprécier aucun phénomène morbide, le renvoya le lendemain. Il resta à bord jusqu'au 31 mai, jour où il fut pris de convulsions violentes. Renvoyé à l'hôpital, il y arriva en assez bon état, le 1er juin; le soir, ayant troublé la tranquillité de la salle il fut mis aux détenus. Le 2 les convulsions reviennent avec plus d'intensité; le soir il y avait congestion à la tête, on prescrivit une forte saignée. Dans la nuit les symptômes devinrent plus graves et Brochard mourut le 3 au matin.

Le corps ayant été réclamé, on ne put faire l'autopsie qu'à la hâte: le crâne seul fut ouvert et on trouva que la cavité glénoïde du temporal était enfoncée; une fracture en étoile, entre les fragmens de laquelle s'était engagé le con-

dyle de la mâchoire, existait en avant du rocher; le col du condyle était en partie détruit; les esquilles provenant du sphénoïde avaient blessé la dure-mère qui était enflammée et épaissie dans une assez grande étendue; enfin un vaste abcès purulent se trouvait à la base du lobe moyen du cerveau : on négligea d'examiner l'articulation temporo-maxillaire gauche (1).

N° DU 20.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

Siége de l'orchite, ou testicule vénérien; par M. REYNAUD, professeur à l'Ecole de Médecine du port de Toulon.

Quelques recherches récentes de MM. Gaussail, Rochoux et Marc Moreau, tendent à faire admettre que le testicule n'est pas le siége principal de la maladie désignée sous les noms de *chaudepisse tombée dans les bourses*, de *testicule vénérien*, d'*orchite*, etc.; que cet organe n'est même que peu ou point affecté dans cette maladie; que c'est dans sa tunique vaginale, et dans le liquide qui la lubréfie, que réside la cause de la douleur, ordinairement vive, *sui generis*, et du gonflement souvent considérable qui accompagne l'orchite; que l'inflammation des voies spermatiques ne s'étend pas au-delà du canal déférent et de l'épididyme, et n'envahit pas le testicule lui-même.

Des preuves nombreuses, tirées de l'étude directe des parties, peuvent seules établir cette opinion d'une manière irrévocable, et les observations néroscopiques sont nécessairement fort rares dans une maladie qui n'entraîne jamais la mort par elle-même.

J'ai commencé, dans le but d'éclairer cette question, une série de recherches sur les nombreux malades affectés d'orchite qui se présentent tous les jours dans mon service. J'emploie surtout le toucher attentif, et l'examen de la tumeur à l'aide d'une bougie allumée. Je dirai plus tard les résultats de mes investigations; mais j'ai pensé que, en attendant, le fait que je vais présenter, quoique isolé, pourrait offrir quelque intérêt.

Un matelot du brick *le Zèbre* fut admis dans le service des vénériens du port de Toulon, le 9 avril 1833. Il était affecté de syphilis pour la première fois, et offrait une urèthrite peu intense, des ulcérations profondes et étendues à la région hypogastrique et sur le pénil, et des engorgemens ganglionnaires aux deux aînes.

Il fut soumis successivement à divers traitemens : tels que les pilules de cyanure de mercure et d'opium, les frictions avec l'onguent mercuriel, la liqueur de Van-SWiéten, le rob antisyphilitique, l'iodure de potassium et l'iode en dissolution dans l'eau distillée.

En décembre 1833, plus de huit mois après l'apparition de l'uréthrite, alors que cette affection semblait complétement guérie depuis long-temps, et que le malade avait pris des doses de remèdes capables d'anéantir l'infection la plus formidable, l'émission des urines donna lieu de nouveau à quelques douleurs uréthrales; quelques gouttelettes de matière verdâtre se montrèrent au méat urinaire, et le testicule gauche offrit une tuméfaction fort douloureuse, qui s'amenda rapidement sous l'influence de cataplasmes, de bains généraux, etc., mais qui laissa après elle un gonflement et une induration très-marquée de l'épididyme.

Le 12 mars, l'urèthre continuant à être le siége de quelques douleurs passagères, peu gênantes, et à sécréter quelques gouttes de mucosités puriformes, le testicule droit présenta à son tour de la douleur et du gonflement, qui cédèrent aussi aux applications émollientes, mais après lesquels l'épididyme conserva aussi un volume exagéré.

Ce malade, retenu à l'hôpital par une syphilide crustacée fort opiniâtre, fut pris en juin de symptômes cérébraux violens, et succomba le 24 juin, six mois après la première orchite ou celle du côté gauche, et trois mois après celle du côté droit.

Voici ce que montra l'autopsie de l'appareil génito-urinaire, que j'ai faite avec le plus grand soin.

Les reins et les uretères avaient leur aspect ordinaire; la vessie était contractée, ses parois fortement épaissies, la muqueuse molle, grisâtre dans quelques points, colorée en rouge vers son sommet, et surtout dans toute l'étendue du trigone vésical. Le col de la vessie offrait inférieurement une saillie transversale très-marquée, et une légère coloration rouge.

Le sommet du véru-montanum était occupé par une ulcération dans laquelle s'ouvraient les deux canaux éjaculateurs, le droit sur un plan antérieur, le gauche un peu plus en arrière; la muqueuse uréthrale, pâle jusqu'au bulbe, commençait à présenter là une rougeur qui, plus marquée en avançant vers le gland, passait au rouge-violet dans le voisinage de la fosse naviculaire.

Les parois des canaux éjaculateurs étaient colorées en rouge foncé, et parsemées d'arborisations vasculaires bien marquées. Les vésicules séminales étaient remplies par un liquide grisâtre, moins consistant et beaucoup moins odorant que celui qu'elles renferment d'ordinaire.

Les canaux déférens étaient un peu volumineux, et leurs parois d'une épaisseur exagérée.

Les deux feuillets de la tunique vaginale gauche étaient fortement adhérens dans toute leur étendue; ceux de la tunique vaginale droite étaient aussi réunis, mais par des adhérences faibles et imparfaitement organisées.

L'épididyme gauche était très-volumineux, dur, bosselé, à tissu d'aspect lardacé. Dans son épaisseur existaient quelques vacuoles remplies par un liquide puriforme et granuleux. La tunique albuginée de ce côté était saine; le tissu des testicules ne paraissait nullement altéré en avant, mais en arrière, au point de jonction du testicule avec l'épididyme, était une masse de tissu squirrheux du volume d'une noisette.

(1) Cette observation est extraite d'une lettre du docteur Lefèvre : l'intérêt qu'elle comporte nous engage à la publier, sans commentaire; nous ne croyons pas qu'il en existe une semblable dans les archives de la science. (F.)

L'épididyme droit était un peu volumineux, la tunique albuginée de ce côté était saine, et le tissu même du testicule n'offrait rien d'anormal.

Les corollaires suivans découlent tout naturellement, ce me semble, de ce fait : l'épididyme était profondément altéré des deux côtés, mais surtout à gauche; personne, au reste, ne conteste la fréquence de l'inflammation de l'épididyme dans les orchites, et la persistance habituelle de son engorgement chez les hommes qui ont été affectés de chaudepisses tombées dans les bourses.

Les adhérences des deux feuillets de la tunique vaginale, bien organisées à gauche, faibles et imparfaites à droite, indiquaient suffisamment l'inflammation de ces membranes séreuses, et étaient assez bien en rapport avec la différence d'intensité qu'avait présenté la maladie à gauche et à droite. La masse squirrheuse qu'offrait le testicule gauche, était enfin une preuve bien évidente que, si cet organe n'avait pas été le siége unique de la maladie, il avait pourtant joué un certain rôle dans la production des phénomènes observés pendant la vie (1).

ANALYSES D'OUVRAGES.

Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France; par AD. TRÉBUCHET, avocat, chef de bureau de la police médicale; 770 p. in-8°. Paris, 1834. Prix : 9 fr.; chez J.-B. Baillière.

S'il est du devoir de tout citoyen de s'instruire des lois qui régissent le pays, à plus forte raison doit-il connaître celles qui concernent la profession qu'il exerce. Ces notions ne sont pas seulement un devoir de conscience; elles touchent de près à la pratique et à la sûreté individuelle. Nous avons vu maintes fois des médecins embarrassés de ce qu'ils devaient faire, et se compromettre gravement par ignorance des dispositions législatives sur la matière. C'est donc un service réel rendu par M. Trébuchet à la profession que d'avoir réuni, dans un volume, tout ce qui concerne la jurisprudence médicale. Il y avait deux manières de procéder à la confection d'une œuvre de ce genre : l'une consistait à dresser un *Code* pur et simple, en énonçant simplement les articles de loi disposés par ordre méthodique; l'autre consistait à commenter la loi, soit pour la sanctionner, soit pour l'improuver, la compléter et la placer à la hauteur des lumières et de la civilisation actuelles, en se substituant soi-même au législateur. L'on pressent d'avance que ce dernier mode complique singulièrement le travail, nécessite de la part de l'auteur une grande confiance dans ses moyens, et lui fait assumer une responsabilité qui suppose une certaine dose de courage : c'est celui qu'a cru devoir adopter M. Trébuchet. Voyons comment il s'est acquitté de cette tâche délicate.

La *première partie* traite de la *médecine* et de la *chirurgie;* le chapitre 1er est consacré à la *médecine légale,* comme à ce qu'il y a de plus relevé et de plus épineux dans la profession. Après un coup d'œil historique qui nous montre cette science comme une institution assez moderne, l'auteur la définit : « L'application de la médecine et des sciences » accessoires à la confection et à l'exécution, soit des lois, » soit des ordonnances ou des réglemens émanant d'une ad- » ministration publique. » En conséquence il la divise en médecine légale *judiciaire* (*criminelle* et *civile*), médecine légale *privée,* et médecine légale *administrative.*

La médecine légale judiciaire *criminelle,* sert à faire découvrir les coupables, et à faciliter l'application de la loi. Ici se présentent les formalités relatives à l'inspection des cadavres, et aux dépositions des médecins dans les cas d'homicide ou de suicide. L'auteur fait ressortir l'étendue de la responsabilité de l'expert, et pose cette sage maxime : à moins de preuves irrécusables, *abstiens-toi.* Viennent des exemples d'erreurs déplorables que le temps a rectifiées, mais trop tard..., et d'autres non moins curieux qu'instructifs des difficultés qui peuvent s'offrir dans l'appréciation des circonstances, avec l'exposé de rapports qui peuvent servir de modèles en ce genre. L'auteur examine mûrement la question de la compétence des médecins dans les cas d'aliénation mentale, et il conclut affirmativement; car il est des nuances de folie qui ne peuvent être appréciées que par le tact du praticien, et l'on ne pourra jamais nous faire comprendre, dit l'auteur, que tout homme soit aussi bon juge qu'un médecin en pareille matière.

Au sujet de la grossesse chez les femmes condamnées à mort, l'auteur émet le vœu philanthrope de voir rétablir la loi de germinal an 3, qui porte que la femme prévenue de crime capital, ne pourra même être mise en jugement si la grossesse est constatée; il cite un arrêt de la Cour de cassation (an 13) qui annule un jugement porté contre une femme enceinte. Après quelques considérations sur les exhumations et les empoisonnemens constatés long-temps après le crime, nous arrivons à la médecine légale judiciaire *civile* qui concerne non plus la vie, mais la fortune et les prérogatives des citoyens.

A propos des nullités en fait de mariage, l'auteur examine la question d'*impuissance* qui, jadis, comportait l'absurde et scandaleuse épreuve du congrès, et se réduit, aujourd'hui, aux vices appréciables, absolus, persistans, existant avant l'union; encore les tribunaux déclinent-ils le plus souvent ces motifs. La question de *viabilité,* sous le rapport judiciaire, est examinée en détail, ainsi que celle de l'*aliénation mentale,* comme cause d'interdiction, etc.

La médecine légale *privée* comprend : la constatation des infirmités exemptant des charges ou services publics; l'auteur en fait ressortir les difficultés relativement au re-

(1) Ces résultats ne font que confirmer ce qu'indique l'observation clinique; et les praticiens sont à-peu-près d'accord pour considérer le gonflement, dans l'orchite, comme le résultat simultané de l'inflammation testiculaire et de l'épanchement vaginal; c'est un point de doctrine que M. Velpeau a fort bien débattu dans une des séances du dernier concours, en faisant ressortir ce que l'opinion de M. Rochoux a de trop exclusif. (F.)

crutement ; la constatation des *décès* donne lieu à des considérations d'une haute importance, et l'auteur désirerait qu'une semblable institution fût créée pour les *naissances ;* il en résulterait de grands avantages pour les familles et pour l'état civil qu'il est si facile de tromper. L'obligation de déclarer même les avortons mort-nés, préviendrait aussi de grands abus, à part la question religieuse au sujet de laquelle l'auteur invoque l'opinion des casuistes. A la question des naissances se rattache celle de l'opération césarienne trop souvent négligée, et pour laquelle l'auteur voudrait qu'un chirurgien fût institué d'office, vœu fortifié par celui de Baudelocque.

La médecine légale *administrative* est généralement désignée sous le nom d'*hygiène publique*, dans laquelle le médecin revêt un caractère officiel et *légal*, dont les attributions sont immenses par leurs résultats possibles, et que l'auteur fait ressortir par plusieurs exemples bien choisis et destinés à servir de règle de conduite en pareille circonstance. Ici se présente encore l'aliénation sous le point de vue de l'*isolement*, sur lequel l'auteur provoque l'attention de notre somnolente Académie.

Après avoir exposé les obligations du *médecin légiste*, il convenait naturellement de spécifier les qualités qu'il doit posséder ; or, l'on est effrayé de l'immensité des connaissances qu'il est moralement obligé de cumuler, considération qui devrait mettre un frein au népotisme et à la faveur, considération qui nécessiterait, selon nous, l'intervention du concours dans la délégation de ces graves fonctions civiques. En examinant les diverses obligations de l'expert, l'auteur arrive à ce qui concerne la constatation du *viol* et de l'*infanticide :* il hésite à reconnaître aux magistrats le droit d'ordonner des explorations corporelles, sans le consentement de la femme ; il cite un cas où cette exploration, brutalement exercée, fut suivie d'aliénation chez une vierge outragée dans sa pudeur. Il examine ensuite les formalités relatives aux *rapports* et aux *certificats*. Que nos confrères, trop faciles, apprennent qu'un certificat *de complaisance* peut valoir à son auteur un emprisonnement de deux à cinq ans ; qu'ils sachent sur tout que s'ils en ont trafiqué, ils encourront la peine réservée au faussaire.

Nous touchons à cette grande question de la *responsabilité médicale*. Ce chapitre se fait lire avec un vif intérêt; l'auteur discute avec un beau caractère d'indépendance et de probité : « Lorsque le médecin, dit-il, agit avec zèle » et prudence, sous les inspirations de sa conscience et » de son savoir, et que néanmoins l'issue est funeste, il » nous paraîtrait injuste et absurde de le poursuivre..., » il n'est justiciable que de sa conscience ; la prétention » contraire porterait le coup le plus funeste aux progrès de » l'art et à la dignité de la profession, etc..... Pourquoi » donc alors ne rendrait-on pas les avocats responsables de » l'issue d'un procès ? car l'espèce est identique..... Après » avoir rapporté l'affaire Hélie, il suffit, ajoute-t-il, de » lire ce jugement pour se convaincre des difficultés inex- » tricables que soulève la doctrine de la responsabilité et » la fausse position dans laquelle elle jette les tribunaux » qui l'admettent..... Mais nous admettons la responsabilité » toutes les fois qu'elle portera sur des faits matériels appré- » ciables à tous, ou sur des contraventions et des délits » écrits dans la loi ; tel serait un homme de l'art agissant » dans l'état d'ivresse ; un chirurgien laissant mourir d'hé- » morrhagie un amputé, pour se dispenser de se déplacer; » un médecin qui écrit, par erreur, une ordonnance qui » donne la mort ; un médecin qui, dans les cas d'épidé- » mie, d'accidens graves, refuse ses secours, etc..... » Ainsi, le notaire qui a omis des formalités importantes » dans un acte, peut être condamné à des dommages-inté- » rêts : la même responsabilité atteint les avoués, les juges » mêmes..... Faut-il donc, lorsque par suite de ces *fautes* » *lourdes*, que tout homme de bon sens peut apprécier, » notre mère, notre femme, notre enfant nous sera en- » levé, que tout soit fini là, que le médecin n'ait plus qu'à » prendre ses honoraires et nous à pleurer ? ce serait sous- » traire la profession médicale au droit commun..... » Ces argumentations sont peut-être, susceptibles de controverse, mais nous n'avons pas le courage de les discuter ; car elles émanent d'un esprit essentiellement droit, et sur tout du cœur d'un honnête homme : lisez ce chapitre.

Honoraires des médecins. L'auteur établit que dans nulle profession peut-être le salaire n'est plus honorablement et légitimement acquis ; il fait ressortir le hideux de l'ingratitude. La loi n'a pas fixé la quotité des honoraires ; car elle n'a pu tarifier le talent et la reconnaissance : en cas de contestation elle établit l'arbitrage ; mais elle donne des garanties dont les médecins honorables dédaignent de se prévaloir. La loi n'a réglé que les *vacations*. — Les *donations* ou *testamens* soulèvent des questions difficiles, résolues par des arrêts.

Le secret dans l'exercice de la médecine était un beau texte, dont le piquant pouvait être relevé par des événemens encore palpitans ; mais il est des exigences de position que nous savons respecter, et nous devons savoir gré à M. Trébuchet d'avoir courageusement soutenu la dignité de notre profession, et d'avoir, en thèse générale, résolu la question par la voie du sentiment intime, à part les cas où les devoirs du citoyen peuvent se concilier avec ceux du sacerdoce médical, et la morale avec la loi. Ici se présentent une foule de problèmes épineux pour la solution desquels le médecin a besoin du concours des sentimens d'autrui et d'exemples tout trouvés. Il ressort des doctrines de l'auteur que l'homme de l'art est médecin avant tout : son ami est sur le point d'épouser une jeune personne qui porte des infirmités secrètes, ou qui a déposé dans ses mains le fruit clandestin d'un autre amour; doit-il prévenir son ami ? NON ; il ne peut que chercher à rappeler la femme à des sentimens d'honneur.... *Ab uno disce*. En définitive, le secret médical est la chose la plus sacrée : « *Hors les cas où il s'agit* » *de secrets confiés*, on ne peut établir aucune règle po- » sitive ; ce n'est que dans sa conscience que le médecin » doit puiser ses inspirations. »

En parlant des *officiers de santé*, l'auteur discute leur utilité, incline pour leur abolition, mais prévoit la difficulté de pourvoir aux besoins des campagnes. Les *médecins cantonnaux*, proposés par le projet de l'Académie, lui paraissent une institution favorable.

Cette partie est terminée par des *considérations sur l'exercice de la médecine* où le charlatanisme est stygmatisé.

La *seconde partie* de l'ouvrage traite de la *pharmacie :* la législation de cette profession est exposée et discutée avec le même soin ; nous laissons à MM. les pharmaciens la tâche de juger l'auteur en ce qui les concerne.

La *troisième partie* traite des *réglemens sur la médecine :* c'est le simple exposé des textes de lois qui régissent les Facultés, les jurys médicaux, les hospices, la profession de pharmacien, l'Académie de Médecine, les remèdes secrets, les eaux minérales, la patente que l'auteur condamne par tous les motifs de justice et de morale : « La » patente, dit-il, est faite pour les commerçans, c'est-à-dire » pour *ceux qui achètent pour revendre ;* il nous paraît » impossible de comprendre les médecins dans cette catégo- » rie, ou les avocats devraient la subir au même titre, car » ces deux professions sont également libérales, etc. » L'auteur traite longuement de l'organisation du *service de santé des armées*, et ne rapporte qu'une ordonnance sur les chirurgiens de la marine du commerce. Mais le *service de santé de la marine royale* est l'objet d'une législation particulière très-intéressante et fort détaillée, qui réclamait aussi sa place dans un ouvrage comme celui-ci. Si l'auteur a manqué de documens, nous l'engagerons officieusement, et amour-propre à part, à consulter l'introduction de notre Traité de *médecine navale* où il trouvera ce qu'il y a de plus essentiel sur la matière.

Restent quelques détails relatifs à la police sanitaire, à la vaccine, aux secours à donner aux noyés et asphyxiés ; enfin, il est peu de sujets que l'auteur ait négligés, et son œuvre nous paraît aussi complète qu'on pouvait raisonnablement le désirer. Quant à la disposition des matériaux, peut-être eût-il été possible d'adopter un ordre plus méthodique; mais en fait de compilation de lois, la méthode importe peu, et la table alphabétique qui termine l'ouvrage, donne toute facilité pour les recherches. Nous le répétons en terminant : le livre de M. Trébuchet est une création utile, consciencieusement élaborée, et un véritable service rendu à notre profession qui trop souvent a besoin d'être éclairée sur ses devoirs et dirigée dans ses déterminations.

FORGET.

N° DU 27.

CHIRURGIE.

—

Hernies étranglées avec choléra.—Deux guérisons — Réflexions. — Un mot sur l'abus du taxis; par A. VIDAL (de Cassis).

On a certes beaucoup écrit sur le choléra, mais je ne sache pas qu'on l'ait envisagé dans ses rapports avec les maladies chirurgicales. Pendant le fort de l'épidémie, la plupart des chirurgiens des hôpitaux se sont transportés dans les salles de médecine, pour seconder le zèle des médecins, et ils ont observé le choléra seul. Il en est qui ont poussé le dévouement jusqu'à écrire sur cette maladie. Ils ont ajouté aux hypothèses des médecins, des erreurs que personne ne leur demandait. Par exemple, l'opuscule de Delpech prouve qu'on peut être très-habile chirurgien et ne pas savoir choisir un rôle convenable dans les grandes circonstances. Je suis loin de blâmer les chirurgiens d'avoir partagé les fatigues et les dangers des médecins ; mais il y a une chose qu'ils devaient leur abandonner sans partage ; c'est cette malheureuse fécondité de plume, qui a été pour la littérature médicale, ce que le fléau d'Asie a été pour l'humanité. Un malheur ne vient jamais seul.

Selon moi, les chirurgiens auraient mieux servi la science s'ils avaient observé avec soin les combinaisons des diverses formes du choléra avec les maladies chirurgicales, les rapports de dépendance, d'origine, de ces lésions, les modifications imprimées par l'épidémie à ces mêmes lésions, etc., etc.

De là pouvaient naître des déductions qui auraient certainement éclairé la pathogénie chirurgicale; et qui peut-être auraient ouvert une voie quelque peu rationnelle au traitement. Un opuscule sur ce sujet méritait un plein succès.

Je ne me propose pas de combler cette lacune : je n'ai pas été en position pour cela, et d'ailleurs un pareil travail serait au-dessus de mes forces. Mais voici deux observations qui pourront avoir leur utilité : outre l'intérêt qu'elles offrent à cause de la combinaison du choléra avec la hernie; elles seront encore remarquables sous le rapport de la médecine opératoire. J'y reviendrai dans mes réflexions finales.

Observation 1re, recueillie par M. Boinet, interne des hôpitaux de Paris. La nommée Blankern, profession de cotonnière, âgée de quarante-quatre ans, non mariée, n'a jamais eu d'enfans. Sa constitution est faible, ses membres sont amaigris.

Le 27 août, à six heures du soir, en rentrant de l'atelier, elle éprouve des coliques violentes et se met au lit. Quelques heures après, des vomissemens assez fréquens ont lieu ; ils continuent pendant toute la nuit et jusque dans la soirée du lendemain. Il se manifeste des douleurs dans tous les membres. Il y a absence complète de garde-robes. Blankern avait eu une selle la veille.

Le 28, elle est reçue à l'hôpital Necker, et placée dans la salle de M. Bricheteau. Elle vomit des matières verdâtres, porracées; il y a de l'anxiété vers la région épigastrique ; sentiment de stupeur et de pesanteur dans le membre inférieur gauche. La face est grippée, abattue; les yeux sont enfoncés, le pouls petit. Les coliques continuent, et toujours suppression des selles. (Lav. émoll., 15 gr. d'ipécacuanha.) Le lavement est rendu presque aussitôt sans matière. Des vomissemens semblables aux précédens ont lieu, et se répètent pendant toute la nuit.

Le 29, à la visite, tous les symptômes sont aggravés : l'anxiété est devenue plus fatigante, la malade est plus abattue, les vomissemens sont plus fréquens, la douleur plus vive, la tension du ventre plus considérable, la fièvre a augmenté et le facies est complétement cholérique. Les capillaires de la face, de la peau, des bras et des mains, sont injectés ; les doigts se rétractent fortement ; même absence des selles. (Potion anti-émétique, avec addition de 10 gouttes de laudan. de Rousseau, et 15 gouttes d'éther sulfur. ; li-

mon. glacée; lavement avec pavot; 12 sangsues à l'épigastre.) Aucune amélioration.

A la visite du lendemain (30 août), tous les symptômes ont augmenté d'intensité; la femme Blankern est dans un danger imminent. Les signes caractéristiques du choléra asiatique sont plus marqués que jamais, et ils existent tous, si l'on en excepte la suppression des selles, qui persiste toujours; crampes très-fortes et très-douloureuses, suppression des urines, aphonie, membres glacés et bleuâtres point de pouls, facies cadavérique, etc., etc.; les crampes sont plus violentes au membres inférieur gauche; les lavemens ont été rendus seuls et promptement. La suppression constante des selles fixe l'attention des médecins; un examen plus attentif fait découvrir dans le pli de l'aîne, du côté gauche, une tumeur du volume d'un gros marron, elle est superficielle, douloureuse; on tente inutilement de la réduire. L'état de la malade est si grave qu'il est difficile d'obtenir d'elle des détails bien précis sur l'apparition de cette tumeur; cependant elle dit qu'elle l'a aperçue depuis huit jours. C'est alors que M. Vidal (de Cassis), chirurgien par intérim à l'hôpital Necker, est consulté.

Il constate l'existence d'une hernie crurale gauche, et après avoir fait quelques tentatives de réduction, il déclare qu'elle est étranglée et irréductible. La question du débridement devait nécessairement se présenter ici. Mais la malade allait expirer, car les yeux étaient éteints, le pouls ne battait plus, le ventre était aplati, et tout le corps était froid. Cependant en levant l'étranglement, on simplifiait la maladie, qu'il était d'ailleurs impossible de rendre plus grave. M. Vidal hésitait encore, car un chirurgien doit craindre non-seulement de compromettre la vie de ses malades, mais encore sa profession. Enfin, tout bien considéré, l'indication est reconnue, et M. Vidal va procéder à l'opération. D'avance il annonce qu'il ne trouvera point de sérosité dans le sac herniaire; car, dit-il, il aura été mis à sec par des vomissemens aussi fréquens; les abcès mêmes se vident pendant le choléra : cette prévision a été trouvée juste.

La première incision a été pratiquée sur un pli fait à la peau, et dont la direction est perpendiculaire à celle de l'arcade crurale. Sous les tégumens, point de graisse, point de ganglions lymphatiques, seulement un lacis veineux rempli d'un sang noir qui ne coule point. Le fascia superficialis était extrêmement mince et d'une sécheresse remarquable. L'opérateur le divise à l'aide des ciseaux; puis se présente une couche très-mince de tissu cellulaire qui est déchirée. Alors la tumeur peut facilement être circonscrite; elle présente une surface assez lisse, bleuâtre, parsemée de vaisseaux déliés. On peut croire un instant que l'intestin est à nu, car c'est lui qui donne cette couleur à travers le sac. Cependant M. Vidal soulève cette dernière enveloppe, et la divise en dédolant : elle est mince, transparente; c'est une séreuse réduite à sa plus simple expression. Elle était immédiatement appliquée sur l'intestin dont tous les caractères sont reconnus. Il est bleuâtre, gluant, *froid*, absolument comme sur le cadavre.

L'anneau crural le comprimait fortement; une sonde cannelée passe difficilement sous l'arcade, et il est impossible à l'opérateur d'y ajouter le bouton d'un bistouri; il se sert alors d'un bistouri droit non boutonné, et débride très-peu directement en haut; cette incision ne donne que peu de liberté; alors M. Vidal appliquant ici ses principes sur le débridement multiple, incise sur un autre point, en haut et en dedans. A l'instant, l'anneau s'élargit et permet la réduction d'une portion de l'intestin grêle, qui composait toute la hernie. La plaie est réunie immédiatement. (Fomentations émollientes, petit-lait.)

Une amélioration tout-à-fait inattendue ne tarda pas à se manifester dans l'état général de la maladie. Le soir, les vomissemens cessèrent, les crampes disparurent, une réaction salutaire s'établit; le pouls, jusqu'alors tout-à-fait insensible, devint perceptible; un peu de chaleur gagna les extrémités; la malade passa une bonne nuit, mais n'alla point à la garde-robe.

Le 31 août, 24 heures après l'opération, elle était dans l'état suivant : chaleur presque normale; coloration presque naturelle de la face et des mains; pouls plus développé quoique faible, sans fréquence; absence complète des vomissemens. La malade n'a point encore été à la garde-robe. Soif vive; un peu de hoquet; borborygmes, quelques douleurs légères et passagères dans l'abdomen qui, du reste, est souple; langue humide; timbre de la voix plus élevé. (Limonade, opium g. j en 8 pilules, fomentations émollientes sur le ventre; diète). Sommeil réparateur dans la journée; le resserrement du ventre persiste (bouillon aux herbes dans la soirée); urines abondantes dans la nuit; insomnie.

Le 1er septembre, l'amélioration se soutient, une petite toux sèche et rare détermine, par secousses, quelques douleurs dans la plaie; pouls plus large, plus fort que la veille; douleurs passagères, mais point de crampes dans la cuisse gauche. La malade rend des gaz par la bouche et par l'anus, mais point d'excrémens. (Fomentations émollientes, limonade, opium g. j; diète.)

Le 2, urines abondantes, mais pas de selles; du reste, la malade est on ne peut mieux. L'aspect de la plaie est des plus satisfaisant; ses bords sont réunis dans le tiers supérieur. (Limonade, bouillon, un peu de vin.) La malade va à la garde-robe dans l'après-midi; elle rend quelques matières dures; elle éprouve un peu d'agitation et de malaise dans la nuit; insomnie.

Le 3, la malade ne se sent pas aussi bien que la veille; néanmoins nulle douleur locale; souplesse du ventre; la plaie est d'un bon aspect, elle fournit une suppuration de bonne nature; on la panse avec de la charpie sèche; il y a un peu de fréquence et du dureté de pouls; la figure est rouge et chaude, surtout du côté gauche. (Petit-lait, diète, absolue, fomentations émollientes.) Selle dans la nuit.

Le 4, l'état de la malade est de plus satisfaisans; elle est gaie, sa voix est forte; la figure indique une santé parfaite. Apyrexie complète. (Prescription *ut suprà*.)

Les jours suivans, la malade alla de mieux en mieux; on lui permit quelques alimens légers, bouillons, vermicelle; les fonctions intestinales se régularisèrent; la cicatrisation de la plaie marcha avec rapidité; le 10 septembre elle était presque complète; quelques bourgeons cellulo-vasculaires demandaient seulement à être réprimés par une légère cautérisation pour achever la guérison (1).

(1) Aujourd'hui 23 septembre, Blankern jouit d'une par-

Observation 2e, rédigée par M. Briquet. M. Couturier, âgé de 59 ans, homme très-irritable et d'une structure fort grêle, porte une hernie inguinale depuis l'âge de 16 ans. Pendant près de 36 ans qu'il resta sans porter de bandage, elle ne prit que peu de volume et se réduisit toujours avec facilité. Il y a huit ans qu'à l'occasion d'un effort cette hernie, s'était étranglée, quelques accidens s'en suivirent, et le malade se détermina à porter continuellement un bandage. Le 23 décembre 1833, pendant un mouvement d'élévation des membres supérieurs, la hernie glissa sous le brayer et ne put être réduite; une douleur dans l'aine et des coliques se firent bientôt sentir. Appelé huit heures après l'accident, j'observe les phénomènes suivans : Au dessus du pli de l'aine, du côté gauche, il y avait une tumeur d'un volume médiocre, étendue obliquement depuis l'orifice interne du canal inguinal, jusque vers le milieu du scrotum; elle avait, à son origine une forme cylindrique, une consistance assez dure et beaucoup de sensibilité au toucher, tandis que dans le scrotum elle était sphérique, plus volumineuse, élastique et peu sensible à la pression. Le ventre était souple, indolent partout, excepté vers le pli de l'aine; les coliques continuaient à se faire sentir; quelques vomissemens à demi-digérés venaient d'avoir lieu il n'y avait pas eu de garderobe depuis vingt-quatre heures. Le taxis convenablement pratiqué ayant été sans succès, le malade fut placé dans un bain, au sortir duquel il fut saigné jusqu'à la syncope. Pendant la défaillance, de nouvelles tentatives de réductionfurent suivies de la disparition de la partie scrotale de la hernie; en même temps se fit entendre un bruit de gargouillement. L'autre portion résista; elle formait une tumeur cylindroïde située assez profondément dans la direction du canal inguinal, et semblait se continuer avec une autre tuméfaction dure, douloureuse, placée superficiellement au devant et au-dessus du ligament de Fallope, et formée probablement par des ganglions inguinaux. L'orifice externe de l'anneau inguinal était béant et on pouvait y introduire le doigt. Quelle était la nature de cette tumeur? Était-ce une induration du tissu cellulaire de ces parties, produite par la pression du bandage? Il y avait des ganglions inguinaux tuméfiés, et le malade se plaignait de sentir depuis quelque temps de la douleur et de la dureté au pli de l'aine. Était-ce une hernie étranglée dans le canal inguinal? Mais il n'y avait pas eu réduction en bloc, car le sac se trouvait encore dans le scrotum. Dans cette incertitude, il n'y avait nul inconvénient à attendre; l'étranglement ne datait que de dix heures, et le ventre n'était pas douloureux. Les émolliens sur la tumeur, un lavement laxatif et un second bain furent prescrits. Mais bientôt les coliques augmentèrent en intensité et en fréquence; les vomissemens qui continuèrent, se composèrent d'abord de matières bilieuses, puis ensuite de matières stercorales, et enfin se présenta une série de nouveaux accidens. Le pouls devint petit et fréquent; la chaleur de la peau diminua; les yeux s'enfoncèrent dans leurs orbites et perdirent leur éclat; la voix s'éteignit; les urines se supprimèrent; des crampes se firent sentir dans les membres inférieurs; les matières vomies se séparèrent très-promptement dans les vases, en deux parties : l'une liquide, transparente, incolore, très-abondante; l'autre formant un dépôt d'un gris brunâtre à odeur fécale. Le lavement avait produit quelques selles. Le ventre restait souple et indolent; la douleur inguinale était peu douloureuse. C'était autant de phénomènes du choléra, qui vinrent d'abord augmenter l'incertitude dans laquelle on était : car avant que les vomissemens ne fussent composés de matières à odeur fécale, on pouvait croire que la hernie n'était pour rien dans les accidens nouveaux qui venaient de saisir le malade. Mais une fois que les vomissemens eurent l'odeur fécale, toute incertitude disparaissait; il devenait évident qu'il y avait un obstacle au cours des matières contenues dans les intestins. Restait à savoir où était cet obstacle et quelle en était la forme et la situation. La tumeur indiquait qu'il se trouvait dans le canal inguinal. Quant à sa nature, il était probable que c'était le collet du sac qui pinçait l'intestin. En effet, il y en avait eu une espèce de rentrée en bloc; l'anneau inguinal était libre, et la douleur ainsi que la tuméfaction étaient peu prononcées au lieu de l'étranglement. Il y avait encore une difficulté : le malade était froid, sans voix, presque sans pouls; les doigts commençaient à se cyanoser; il ne paraissait plus rester qu'un souffle de vie. Pouvait-on, dans cet état de choses, tenter une opération? Je fis appeler M. le docteur Bérard jeune; et M. le docteur Larroque voulut bien, en se joignant à nous, nous aider de ses conseils. Le diagnostic porté d'abord fut pleinement confirmé; car en tirant en bas la partie du sac herniaire restée dans le scrotum, on attirait dans ce sens la tumeur inguinale; il était certain aussi que le malade périrait si on laissait subsister l'étranglement, tandis qu'il ne l'était pas également qu'il serait emporté par le choléra. L'opération fut résolue et pratiquée de suite par M. Bérard.

La peau fut incisée de manière à découvrir l'anneau inguinal; sous elle se trouvaient plusieurs couches de tissu cellulaire disposées en lames : on les coupa; enfin on arriva au sac, qui fut ouvert; il était vide et ne contenait qu'une petite quantité de sérosité brunâtre et sanguinolente. Le sac étant ouvert, M. Bérard en saisit les deux lèvres avec ses doigts et exerça sur lui des tractions assez fortes en bas et en dedans, afin d'entraîner au dehors le collet et les viscères qu'il maintenait étranglés. La tumeur placée dans l'abdomen, vers l'orifice intérieur du canal inguinal, parut d'abord céder à cette traction, ainsi que je m'en assurai en suivant avec les doigts le déplacement qu'elle éprouvait vers le canal inguinal; mais elle éprouva bientôt un obstacle à l'entrée de ce canal, et pour le vaincre M. Bérard ayant exercé une traction plus considérable, la tumeur disparut tout-à-coup et le sac descendit seul. Il fut évident alors que les viscères herniés n'avaient pas suivi le mouvement de leur enveloppe, qu'ils s'étaient dégagés du sac, et que la réduction s'était opérée par un mécanisme analogue à celui que Pigray a décrit, et qui consiste à inciser la paroi abdominale au-dessus du lieu de l'étranglement, à passer les doigts par cette ouverture, et à tirer sur l'intestin pour le faire rentrer dans l'abdomen. Pour nous assurer de l'exactitude de la réduction, le doigt fut introduit dans le canal inguinal; il pénétra librement jusque vers le niveau de l'orifice interne de

---

faite santé; elle se promène dans l'hôpital où elle demeurera quelques jours encore pour y achever sa convalescence.

ce canal, et ne fut arrêté que par un rétrécissement formé par une sorte de valvule circulaire, molle, placée à cet endroit, et percée à son centre d'une ouverture arrondie ; le doigt traversa cet orifice, qui était libre, et alla jusque dans la cavité abdominale. Il n'y avait plus rien dans le sac herniaire ; les environs du col du sac ne présentaient point d'obstacles ; ils avaient cessé d'être douloureux, la tumeur inguinale avait complétement disparu, ainsi que je l'ai déjà dit, enfin, des vomissemens revenus au moment où les tractions avaient été commencées sur le sac, cessèrent à l'instant même et ne se reproduisirent plus. Le but était donc atteint.

Mais le malade se trouvait dans un état déplorable. La circulation était tellement suspendue, qu'il ne s'écoula pas une goutte de sang pendant toute l'opération, et la sensibilité épuisée à tel point qu'elle semblait être devenue nulle. Le pouls était à peine perceptible aux artères radiales ; la peau était froide, violette, et quand on la pinçait elle conservait l'impression des doigts. On fit un pansement simple et on chercha à animer le malade en lui donnant du vin chaud sucré, en le couvrant de flanelle et en réchauffant ses membres. Les vomissemens cessèrent pendant l'opération et ne reparurent plus ensuite ; les coliques diminuèrent bientôt, puis survinrent des selles composées de matières fécales.

Le lendemain, le malade était sous l'influence d'une réaction cholérique modérée ; la peau était chaude, la face était ranimée, le pouls était relevé, il avait cent pulsations par minute ; les crampes avaient cessé ainsi que les coliques : mais il y avait du malaise, de l'agitation ; la soif était vive ; les urines n'avaient pas encore repris leur cours ; le ventre était souple et indolent ; il n'y avait pas eu de selles. Diète et boissons adoucissantes.

Les jours suivans, la réaction cholérique diminua graduellement ; la fièvre diminua ; le ventre resta souple ; les sécrétions se rétablirent ; l'appétit commença à se prononcer et la plaie se couvrit d'une suppuration peu abondante. Le malade commença à prendre des bouillons ; peu à peu les phénomènes morbides se dissipèrent, la fièvre cessa, de façon qu'au 10 janvier la convalescence était décidée et la plaie était fort rétrécie. Il survint vers cette époque un petit phlegmon à la partie latérale gauche du scrotum au-dessous de l'angle inférieur de la plaie déjà cicatrisée en ce point ; il ne suppura que quelques jours. Enfin le 28 janvier la plaie était complétement guérie, et le malade en très-bon état.

Réflexions.

La première question qui se présente après la lecture de ces deux observations, doit ressortir des rapports de causalité qui peuvent exister entre le choléra et la hernie. Pour ce qui a trait à la deuxième observation, il est positif que l'étranglement herniaire a été une des causes productrices du choléra ; car on a, pour ainsi dire, assisté au développement des symptômes de celui-ci, après la manifestation des signes caractéristiques de l'étranglement ; et d'ailleurs, l'opération a tout fait disparaître. Chez la femme que j'ai opérée, le débridement a produit un effet non moins heureux ; mais il reste des doutes sur la priorité des deux affections. M. Bricheteau qui a d'abord donné des soins à la femme Blankern, pense que la hernie a été étranglée à la suite des vomissemens produits par le choléra ; cependant il est des circonstances relatées dans l'observation rédigée par M. Boinet qui semblent infirmer cette opinion. Quoi qu'il en soit, il est vrai de dire qu'en admettant dans les deux faits, comme cause de choléra, l'étranglement herniaire, il faut reconnaître aussi que cette même cause n'a pu être qu'occasionelle, car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on observe les symptômes de l'étranglement, ceux mêmes qui simulent le mieux les affections cholériques ; Mais il est inoui que ces expressions physiologiques aient pu compléter le tableau effrayant du vrai choléra asiatique. Ainsi, il faut accuser un autre modificateur qui nous échappe, mais qui doit être identique à cette inconnue qui a fait tant de victimes pendant la grande épidémie.

Nous n'avions pas du tout affaire ici à une hernie étranglée à laquelle s'étaient joints quelques symptômes cholériformes ; mais bien à une hernie, plus à un choléra avec son cachet particulier, avec ses formes les plus tranchées.

Je suis fâché que pendant la réduction, M. Bérard n'ait pas constaté la température de l'intestin de l'homme qu'il a opéré. Chez Blankern il était *froid*, comme la langue et la peau. Je note cette circonstance qui pourrait avoir quelque valeur pour les recherches qu'on voudrait faire sur la nature du choléra.

M. Bérard a trouvé du liquide dans le sac herniaire de Couturier ; celui de la femme que j'ai opérée était à sec. Cette particularité jointe à d'autres qui sont rapportées dans l'observation rédigée par M. Briquet, me feraient penser que le choléra de Couturier était moins intense, moins complet que celui de la femme Blankern. M. Briquet dit aussi que les doigts du malade *commençaient* à se cyanoser quand M. Bérard entrepit l'opération. Chez la femme en question, la cyanose était complète et pour ainsi dire générale. Le ventre était *douloureux* fortement rétracté ; tandis que chez le sujet de la deuxième observation, le ventre, dit M. Briquet, restait *souple, indolent*. Ces différences que je ne fais ici que signaler, pourraient bien être en faveur de l'opinion émise par M. Bricheteau, sur le rapport de causalité qui existait entre le choléra et la hernie de la femme que j'ai opérée sous ses yeux.

Deux succès aussi beaux, obtenus dans des circonstances aussi extraordinaires, et en apparence aussi défavorables, devront nécessairement éveiller l'attention de ceux qui recherchent les moyens de guérir le choléra. Peut-être ira-t-on jusqu'à proposer une incision sur un point de l'abdomen ? Qui sait si on ne voudra pas mettre l'intestin à nu, l'exposer à l'action de l'air pour le modifier, je ne sais comment ? N'a-t-on pas ouvert l'artère épigastrique ? N'a-t-on pas administré les agens les plus incendiaires, fournis par tous les règnes ?.. Passons à quelque chose de plus chirurgical.

La hernie que j'ai opérée était absolument sous-cutanée, le sac était d'une extrême ténuité, et je le répète, il était contigu à l'intestin. Je devais donc agir avec les plus grands ménagemens : de plus, l'étranglement était porté à un point extraordinaire ; aussi, quand il a fallu débrider, il m'a été facile de me convaincre de nouveau du peu de fruits qu'on retire de la lecture de la plupart de nos classiques. Avec

un pareil étranglement, était-il possible de passer entre l'intestin et l'anneau crural, une sonde canelée, plus un bistouri boutonné? Si ces deux corps peuvent être admis en même temps, l'étranglement n'est pas assez considérable pour nécessiter un débridement, surtout si la hernie est peu volumineuse. Quand j'ai voulu inciser l'anneau fibreux, j'ai dû quitter le bistouri boutonné, pour en prendre un sans bouton, et il n'était pas sans danger de manœuvrer avec.

Voici un moyen qui est bien avantageux et que j'ai mis deux fois en usage depuis l'opération dont il s'agit. J'ai fait faire une canelure à une spatule, sur la ligne médiane de la feuille de myrte, représentée par cet instrument. Cette canelure remplace l'espèce de saillie qui existe sur les spatules ordinaires. J'ai fait enlever le bouton à un bistouri dont la lame se termine maintenant comme une jambette. Ce sont les deux instrumens avec lesquels je débride, et voici comment : 1° J'introduis d'abord la spatule entre les parties herniées et l'anneau fibreux. (Les bords de cet instrument sont très-minces mais non tranchans). 2° J'applique le bistouri à plat sur la spatule; son bord tranchant ne déborde jamais le nouveau conducteur. 3° Quand le bistouri a dépassé l'anneau je le relève; son dos, se loge alors dans la canelure et le tranchant coupe l'aponévrose avec d'autant plus de facilité que les fibres se trouvent très-tendues. Par ce procédé on introduit dans l'espace le plus étroit deux instrumens qui, réunis, offrent à peine l'épaisseur d'une sonde cannelée ordinaire. De plus, la spatule par sa largeur fait l'office de la sonde ailée de Mery; ce qui peut garantir les intestins du tranchant du bistouri, qui se trouve en dehors de l'anneau.

Je ne terminerai pas ce travail sans dire un mot de ce taxis prolongé, dont on parle tant depuis quelques mois. C'est un devoir impérieux qui me fait écrire ce mot; tant pis pour ceux qui en seront blessés. La vérité avant tout.

Il y a un fait bien constaté, c'est que l'école de Desault a trop négligé le taxis. Mais de là à prétendre que ce moyen seul doit suffire pour réduire toutes les hernies étranglées, il y a cette distance que l'homme éclairé et consciencieux ne doit jamais franchir. La tendance de l'école de Desault était vicieuse, je l'avoue; mais celle que je signale serait désastreuse, si ceux qui la manifestent avaient une position ou un talent qui pût exercer une grande influence sur l'esprit des chirurgiens. Cependant ils pourront agir sur les malades auxquels on répète déjà qu'il est toujours possible de réduire les hernies sans *opération sanglante*. C'est par ces deux mots terribles que certains hommes ont exploité de tout temps la frayeur des malheureux qui les écoutent ou qui les lisent. Dans notre période chirurgicale est-il possible d'exhumer cette phrase lugubre de Fabrice d'Aquapendente : « *Elle est si horrible et si dangereuse (l'opération de la hernie) que peu de malades y survivent.* Remarquez que depuis Fabrice, il s'est écoulé des siècles qui tous ont amené des progrès incontestables. Les Arnaud, les Pipelet, les Louis, les J. L. Petit, les Pott, les Scarpa et tant d'autres qu'il serait trop long de citer, ont rendu la sentence de Fabrice ridicule; et il fallait être mal inspiré pour la remettre au jour.

On va plus loin, on imprime, et cela sous nos yeux, dans un journal qui possède parmi ses rédacteurs un chirurgien distingué qui doit avoir à cœur la gloire de la chirurgie moderne; on imprime, dis-je, ces mots! « S'il est vrai que » plus des trois quarts des opérations des hernies ne réus- » sissent pas, même celles faites par les maîtres les plus ha- » biles de la capitale... !

Voilà une insinuation qui aura son retentissement; celui qui l'a dictée sait combien elle lui rapportera; peu lui importe le nombre des victimes qu'elle prépare.

Ces malheureux qui se soumettront à votre taxis abusif, absurde, viendront ensuite demander *l'opération sanglante* à ces hommes que vous appelez habiles, avec intention. Avec toute leur habilité, il leur sera impossible alors d'arrêter une péritonite ou une gangrène, que vous aurez produite par vos manœuvres imprudentes.

Desault s'emportait quelquefois, en voyant arriver à l'Hôtel-Dieu un malade portant une hernie qui avait été soumise au taxis; il opérait souvent à l'instant même, sans tenter la réduction. Mais Desault avait ses raisons pour cela; car il connaissait tout le danger qu'il y avait de temporiser dans de pareilles circonstances : soyez donc étonnés si les élèves ont exagéré ses principes.

Si votre assertion était aussi juste qu'elle est fausse, il me serait facile de prouver que les revers dont vous semblez accuser les chirurgiens des hôpitaux s'expliquent par l'imprudence de vos manœuvres; car ce sont les malades que vous avez meurtris qui viennent ensuite dans nos hôpitaux. Ces revers seraient bien plus nombreux, la proportion des morts serait bien plus effrayante que celle que vous donnez, si vous parveniez à propager vos principes. Je sais que vous mettriez le tout sur le compte du débridement, mais qui vous croirait? Il y a une raison chirurgicale, il y a parmi nous encore un peu de ce sens commun qui réduira toujours au néant vos entreprises rétrogrades. Et d'ailleurs, ne possédons-nous pas quelques-uns de ces monumens historiques élevés par des hommes dont la mémoire se représente à nous toutes les fois qu'un envahissement malheureux menace notre belle profession. Je ne citerai que Pott, et j'invite mes lecteurs à parcourir les belles pages qu'il a écrites sur les hernies. Voyez surtout sa préface que je voudrais transcrire ici, car elle s'adresse aux mêmes hommes que je combats, et elle est écrite avec cette verve et cette conviction que la probité seule peut donner. Pott n'aimait pas les déclamations et cependant il n'a pas pu se maîtriser quand il a tenu sous sa plume les ennemis de sa profession : il y a un moment où l'indignation dicte et l'honnête homme écrit. Je suis sous cette influence : je viens d'opérer une malheureuse femme qui, depuis six jours était soumise au taxis prolongé. J'ai trouvé, tous les tissus contus, la peau rouge, l'intestin noir et une péritonite à son début. Je sais que les habiles diront que le taxis n'a pas été bien fait, qu'on n'a pas suivi leurs principes. C'est d'ailleurs le même système de défense qu'ils emploient quand on leur représente que la torsion des artères ne réussit pas entre les mains des chirurgiens des hôpitaux. Mais ceux-ci pourraient répondre : il paraît que vos opérations de hernie et vos ligatures ont été bien malheureuses, puisque vous avez été obligé de renoncer à la herniotomie et à la ligature des vaisseaux. Car ce ne sont jamais les fautes d'autrui, ce sont celles qu'on commet qui font naître de pareilles résolutions.

Pour terminer, je demanderai aux mêmes habiles, comment ils auraient pratiqué le taxis prolongé dans les cas que je viens de rapporter ; si, avec le choléra qui allait terminer en quelques heures l'existence des deux malades en question, on devait passer deux jours à *masser la tumeur, à la pétrir*, etc.

Par les résultats statistiques de Pott, il est prouvé que quand l'opération de la hernie est pratiquée à temps, on ne perd qu'un malade sur cinquante. Voilà ce qu'il faut répéter tous les jours à vos malades. Mais vous aimez mieux leur lire le passage de Fabrice, et les menacer des *opérations sanglantes*. Vous avez peut-être, pour cela, des raisons qu'il me serait trop pénible de connaître.

CORRESPONDANCE.

—

Emploi de l'albumine du blanc d'œuf contre le choléra et la cholérine.

Monsieur le Rédacteur,

Beaucoup de remèdes, comme vous le savez, et même beaucoup de spécifiques, ont été successivement proposés contre le choléra, et la plupart devaient infailliblement préserver de cette maladie ou la guérir. Sans avoir la même prétention, et dans un moment où le choléra semble prendre un nouveau développement en Europe, permettez-moi de me servir de la voie de votre estimable Journal, pour engager mes confrères à expérimenter l'albumine du blanc d'œuf dont j'ai fait signaler l'avantage, à la séance de l'Académie de Médecine du 19 août, par notre honorable professeur, M. Velpeau. Heureux si, par l'emploi de ce médicament aussi simple que facile les observations de mes confrères peuvent être couronnées du même succès que les miennes l'ont été jusques à présent !

Observation. Du mois de mai au mois d'août dernier, j'ai eu l'occasion de donner des soins à trois cholériques : M. Blanchard, rue de la Tixeranderie, n° 54 ; madame Leroy, rue Saint-Martin, n° 29 ; et M. Goussard, rue du Marché-Neuf, n° 38.

De ces malades, les deux premiers ont été moins violemment atteints. Pouls petit, crampes, vomissemens et déjections alvines blancs et fréquens ; ventre, rentré traits affaissés, yeux hagards et renfoncés (facies cholérique), suspension des urines. Tel était le groupe le plus saillant des symptômes.

Le troisième malade, M. Goussard, éprouva, lui, le refroidissement et des crampes atroces ; il poussait des cris aigus. Enfin, à l'altération profonde de ses traits et à son état général, ses voisins avaient diagnostiqué le choléra (il est à remarquer que, en 1831, le choléra sévit particulièrement dans la maison qu'il habite maintenant).

Traitement. Lavemens avec l'albumine du blanc d'œuf, délayée et battue dans une infusion *légèrement* tiède d'eau de têtes de pavot, de manière à éviter la coagulation de l'albumine. Pour boisson, blancs d'œufs battus en neige et délayés dans de l'eau sucrée froide. Si le cas l'exige, sangsues sur l'épigastre ; cataplasmes émolliens et chauds sur les mollets. Pour nourriture, œufs frais à la coque durant les premiers jours de la convalescence.

Je puis vous affirmer ici, sur la foi sincère de l'observation, que dix à vingt minutes après l'emploi du lavement et de l'eau sucrée chargée d'albumine, chacun de ces malades était guéri et qu'ils l'annonçaient eux-mêmes, en disant que leurs souffrances leur avaient été enlevées comme avec la main.

Je viens de lire dans le *Répertoire annuel de Clinique médico-chirurgicale*, que, à *Édimbourg*, on avait employé le blanc d'œuf en lavement, et qu'il n'y avait point obtenu de succès ; mais veuillez observer qu'il n'a point été administré seul, comme j'en ai eu l'idée ; et le docteur Lizars, qui écrivit ce fait au professeur Delpech, lui dit qu'on le mélangeait aux sels alcalins.

Agréez, etc. LEVACHER.

Paris, le 10 de septembre 1834.

FEUILLETON.

—

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Affaire Thouret-Noroy.

Dans sa séance du 2 octobre, l'assemblée des médecins de Paris a adopté, à l'unanimité, la lettre suivante pour être adressée à M. Thouret-Noroy :

Monsieur et recommandable confrère,

Votre appel devait être entendu par tous les hommes de l'art.

L'honorable initiative prise en votre faveur par l'Association de prévoyance, et l'empressement avec lequel les autres médecins ont suivi cet exemple, disent assez si nous avons tous compris la portée de la lutte que vous soutenez.

Dans votre affaire, Monsieur, deux ordres de pensées saisissent tout d'abord l'attention : premièrement, le fait particulier qui vous concerne ; secondement, le principe de la responsabilité médicale en général.

Relativement au fait particulier en lui-même, après la consultation des médecins de Rouen, nous affirmerons surtout que nulle part, dans l'ensemble ni dans les détails du procès tout entier, nous ne trouvons les documens indispensables pour une instruction suffisante, pour une consciencieuse conviction, et pourtant nous serions, dans cette affaire, le jury le plus éclairé, les juges les plus compétens.

Ces utiles enseignemens dont nous déplorons l'absence, ne manqueraient point à la sollicitude des juges, si, dans des circonstances aussi graves, M. Chouippe, officier de

santé, n'eût point failli d'abord aux convenances les plus généralement senties parmi tous les gens de l'art, en ne provoquant pas une consultation, et surtout s'il n'eût pas enfreint la loi du 19 ventose an XI, qui veut, art. 29 : « Que les officiers de santé ne puissent pratiquer les grandes opérations chirurgicales, que sous la surveillance et sous l'inspection d'un docteur. »

Mais supposons un instant, ce qui est loin d'être prouvé, qu'il y ait eu, dans le fait, anévrysme ; évidemment, la responsabilité médicale ne serait encore pas applicable ; ce qui nous conduit naturellement au second point que nous avons à examiner.

Quant au principe de la responsabilité médicale en général, nous avancerons, en premier lieu, que ce principe n'est spécialement écrit dans aucune de nos lois, et qu'il n'a été quelquefois invoqué que par extension, par analogie. Est-ce à dire que ce principe aurait échappé aux législateurs modernes, lorsqu'il est tracé en caractères de sang dans les lois romaines? Nullement ; et si nous demandons à Montesquieu la raison de cette différence, il nous répondra : « Les lois de Rome n'avaient pas été faites dans les mêmes circonstances que les nôtres : à Rome, s'ingérait de la médecine qui voulait ; mais parmi nous les médecins sont obligés de faire des études, et de prendre certains grades ; ils sont donc censés connaître leur art. » (*Esprit des Lois*, liv. 29, ch. 14.)

Mais laissons de côté ce fait que le principe de responsabilité médicale n'est nulle part écrit dans les lois qui nous régissent ; car, s'il était écrit dans la raison commune, nous en provoquerions, les premiers, l'instante application. Hâtons-nous, au contraire, de le dire : le principe de responsabilité médicale une fois admis l'exercice libre, consciencieux, progressif, utile de l'art de guérir devient impossible, et l'humanité demeure sans cesse en péril. Plus que nous, en effet, la société devrait redouter de voir placer le médecin dans cette cruelle alternative, ou de s'abandonner à une funeste inaction, et de livrer les malades aux progrès certains de leurs maux, en vue de sa tranquillité future, ou de tenter des médications, des opérations salutaires sans doute, mais telles, cependant, que dans certains cas qu'on ne saurait ni calculer ni prévoir, elles pourraient compromettre son honneur, sa réputation, sa fortune. Ce n'est donc pas seulement la science, ce n'est pas exclusivement le corps médical qui en souffriraient, mais c'est surtout la société tout entière qui se trouverait sans cesse compromise dans le triple but des souffrances à soulager, des maladies à guérir, et de la vie à prolonger.

Remarquons toutefois qu'il ne s'agit en aucune manière d'entraver l'action générale des lois contre les médecins, quant aux actes qui se trouveraient entachés d'inadvertance, de mauvaise foi, d'intention coupable ou d'erreur criminelle. Tout délit commis dans l'exercice de notre profession doit être puni avec d'autant plus de sévérité, que les coupables, par le fait même de la profession, auraient pu trouver plus de facilité pour l'exécution de leurs funestes projets ; il est évident que tous les méfaits que l'on ne peut raisonnablement attribuer aux incertitudes de la science et aux difficultés de l'art, doivent être réprimés ; tous les autres ne sont justiciables que du tribunal de l'opinion publique.

En général, l'heureux instinct qui domine les réunions nombreuses d'hommes éclairés, ne permet guère l'erreur quant aux faits qui réveillent chez tous la même pensée, et qui appellent la même sympathie. Or, ce nous est, Monsieur, un devoir et un bonheur à la fois de vous annoncer cette résolution prise par l'assemblée, qu'il vous serait donné des témoignages matériels et moraux de l'intérêt que votre malheureuse affaire a universellement inspiré ; nous sommes flattés, Monsieur, d'avoir à vous en transmettre ici l'honorable expression, sanctionnée par le vote unanime de l'assemblée.

Pour les Médecins de Paris.

Les Membres de la Commission :

MM. ORFILA, *président ;* DOUBLE, A. DUBOIS, A. BÉRARD, VIDAL (LE CASSIS), FORGET, *rapporteur.*

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

SEPTEMBRE 1834.

Observation d'une imperforation de l'anus sur un enfant nouveau-né ; sortie du méconium par la vulve. Opération ; par M. HATTERER, médecin cantonnal à Erstein (Bas-Rhin).

La femme Meninger, de Gerstheim, accoucha d'une fille le 5 juin 1834. Dès le lendemain, l'enfant, très-bien portant, avait pris le sein de la mère et sali de méconium les langes dont on l'avait enveloppé. On continua pendant quatre jours à lui prodiguer tous les soins que son état exigeait, sans que la mère ni la sage-femme s'aperçussent de l'imperforation de l'anus et de la sortie du méconium par la vulve. Le cinquième jour l'abdomen commença à se tuméfier, la respiration devint difficile ; l'enfant refusa de prendre le sein, et c'est à cette époque seulement que la mère s'aperçut du vice de conformation qui existait.

Le sixième jour de sa naissance on me pria de lui donner des soins. L'abdomen était tendu, tuméfié ; les veines du cou gonflées. Il y avait eu, au dire des parens, peu de temps avant mon arrivée, des vomissemens de matières excrémentitielles. Il sortait par la vulve une petite quantité de ces excrémens, mais seulement à l'état liquide. Il n'y avait du reste aucune apparence d'anus, et la peau qui recouvrait cette région était tout-à-fait dans son état naturel.

J'introduisis aussitôt une sonde d'argent recourbée dans la vulve, et j'essayai de la faire pénétrer dans le rectum par l'ouverture qui donnait passage aux matières liquides, afin d'en faire saillir l'extrémité au travers des tégumens et inciser ensuite avec plus de facilité ; mais mes recherches furent vaines. Je résolus donc de plonger un bistouri à lame étroite à l'endroit où devait répondre l'intestin rectum. L'enfant ne faisant point d'effort pour aller à la selle, je titillai avec le bout de ma sonde le méat urinaire, afin de provoquer la sortie de l'urine et en même temps susciter l'action de rendre les matières stercorales. En effet, l'urine jaillit, et immédiatement après une tumeur se fit apercevoir à travers la peau que je jugeai très-épaisse. Je plongeai le bistouri à une profondeur d'un centimètre et demi, et aussitôt une grande quantité de gaz se fit jour à travers l'ouverture. Ces gaz furent suivis par des matières excrémentitielles fort abondantes. Aussitôt l'abdomen se déprima et tous les accidens se dissipèrent.

J'avais traversé la peau et une membrane fibro-musculaire que je reconnus pour le sphyncter, formant un plan continu. Je fis une incision transversale et j'excisai les bords puis j'introduisis dans l'intestin un morceau d'éponge préparée, en recommandant à la mère de le remplacer par un nouveau morceau à chaque sortie des excrémens. Mais pendant la nuit on négligea cet avis, et le lendemain je fus forcé de faire une nouvelle ouverture que cette fois j'opérai avec un trois-quarts. L'introduction de l'éponge préparée fut continuée pendant une quinzaine de jours. Depuis cette dernière opération les matières excrémentitielles ont continué à sortir par l'anus artificiel. Aujourd'hui l'ouverture de communication de l'intestin avec la vulve paraît être entièrement oblitérée.

Résultats d'une série d'expériences sur les revaccinations faites dans l'armée royale de Prusse et de Wurtemberg.

Nous avons plusieurs fois discuté dans ce journal l'importante question de la nécessité d'une seconde vaccination, pour préserver plus sûrement les individus de l'invasion de la variole ; mais nous n'avions guère pu hasarder sur ce sujet que des suppositions, puisque nous ne possédions qu'un petit nombre de faits consignés dans les journaux ou lus à des sociétés de médecine. Aujourd'hui nous pouvons annoncer le résultat d'expériences nombreuses tentées dans les circonstances les plus propres à nous éclairer : le roi de Prusse et celui de Wurtemberg, depuis l'année 1829, ont fait soumettre tous les soldats de leur armée à une seconde vaccination, et les effets en ont été si remarquables, que cette pratique est restée d'un usage général. On trouve dans une circulaire émanée du conseil royal militaire, quelques détails sur les résultats des secondes vaccinations dans l'armée prussienne. Ainsi, sur six mille vingt hommes du troisième corps revaccinés à Erfurth en 1831, deux mille trois cent cinquante-quatre ont fourni des vésicules, parmi lesquelles plus d'un huitième offraient les caractères de la véritable vaccine. Dans l'année suivante, trois mille neuf cent quarante-deux hommes du même corps furent soumis à la même opération, et sur quinze cent quatre-vingt-quatorze on observa des pustules, dont un peu plus d'un huitième étaient celles de la vraie vaccine.

H.

Dans le cinquième corps, sur trois mille deux cent trente-quatre nouvelles vaccinations, deux mille cinq cent trente-cinq eurent un résultat avec la même proportion de succès complet. Dans le huitième corps on revaccina deux mille sept cent quatre-vingt-quatre hommes; neuf cent vingt-cinq d'entre eux offrirent des pustules, sur lesquelles un huitième encore de véritable vaccine.

Le résultat de ces nouvelles vaccinations dans le reste de l'armée prussienne n'était pas encore connu; mais les effets en furent tels à Erfurth, qu'après l'adoption de cette mesure, pas un soldat ni même une recrue ne fut atteint de la petite-vérole, quoique souvent plusieurs d'entre eux fussent en communication avec des individus très-gravement malades de cette affection.

Voici maintenant quelques extraits d'un Mémoire du docteur Heim de Ludwigsbourg, sur les effets des nouvelles vaccinations dans l'armée de Wurtemberg.

Avant l'année 1829, c'était la coutume dans le royaume de Wurtemberg de vacciner les jeunes soldats qui n'avaient point été soumis à cette opération dans leur enfance ou qui n'avaient point eu la petite-vérole. Une épidémie de variole, qui sévit à Stuttgard en 1829, décida une ordonnance ministérielle qui prescrivait de soumettre à la vaccination toutes les recrues qui n'offriraient pas des cicatrices satisfaisantes, soit de vaccine, soit de petite-vérole. Dans l'automne de 1832, une nouvelle épidémie se déclara parmi la garnison d'Ulm, puis une troisième en 1833 à Ludwigsbourg. Ces fréquentes invasions de la petite-vérole sur le territoire du Wurtemberg occasionèrent une autre ordonnance du 7 février 1833, prescrivant de vacciner indistinctement toutes les recrues, soit qu'on aperçût ou non des traces de vaccine ou de variole. Tous les soldats des garnisons d'Ulm et de Ludwigsbourg furent donc soumis à une nouvelle vaccination.

Le docteur Heim a recueilli les résultats de ces opérations et les a divisés en tableaux.

Le premier tableau contient le résultat de ces revaccinations de la garnison entière de Ludwigsbourg, pendant l'été de 1833. La garnison se composait d'un effectif de seize cent quatre-vingt trois hommes, sur lesquels cinq cent soixante-dix-sept furent revaccinés avec un succès complet, trois cent soixante-six avec un demi-succès, sept cent quarante sans succès. Comme on peut bien le supposer, la presque totalité des sujets soumis à cette expérience était âgés de vingt à trente ans, et la plus grande partie d'entre eux avaient été vaccinés dans leur enfance.

Parmi les cinq cent soixante-dix-sept hommes vaccinés avec un succès complet, deux cent quatre-vingt-treize (plus de la moitié) offraient de parfaites cicatrices; parmi les sept cent quarante qui furent vaccinés sans succès, deux cent vingt-deux avaient des traces imparfaites de vaccine, mais il s'en trouva cent trente-six qui n'offraient aucune marque de la première opération à laquelle on les avait soumis dans leur enfance.

Le second tableau présente un relevé général des revaccinations faites sur les recrues de l'armée royale de Wurtemberg de 1829 à 1833. Voici les passages les plus importans :

Le nombre total des individus révaccinés s'élève à 4802

Sur ce nombre, furent vaccinés avec un succès parfait,	1208
Avec un succès imparfait,	956
Avec succès, mais non exactement spécifié,	914
Sans succès,	1724

Si nous retirons de ce nombre total de 4,802, ceux chez lesquels le succès, quoique le plus souvent complet, n'est pas indiqué avec précision (914), la proportion des revaccinations avec succès complet est de 30 sur 100; avec succès incomplet, 24 sur 100; sans succès, 46 sur 100.

Le résultat de ces vaccinations générales, sans examen des cicatrices antécédentes de vaccines ou de variole, dans les garnisons de Stuttgard, Ulm et Ludwigsbourg, fut d'arrêter aussitôt l'invasion de la variole parmi les soldats.

Un point sur lequel le docteur Heim insiste beaucoup est le suivant. Il paraîtrait, d'après ses recherches, que le virus vaccinal pris sur les adultes produit la contagion d'une manière bien plus certaine chez d'autres adultes que lorsqu'on l'a recueilli sur des enfans. « Dans le premier régiment de cavalerie, dit ce médecin, on fit plusieurs vaccinations infructueuses avec du bon vaccin recueilli sur les bras de quelques enfans. A la fin cependant on réussit à déterminer, sur un soldat, quinze très-belles pustules. Ce virus ainsi inoculé à un adulte, fut transmis avec succès aux bras de ceux chez lesquels il avait échoué précédemment, lorsqu'on l'avait recueilli au bras d'un enfant. Un très grand nombre d'exemples semblables ont été observés. »

Ce très-court abrégé du Mémoire du docteur Heim doit paraître aux praticiens d'un bien grand intérêt, car il nous offre une masse de faits qui dépasse infiniment le nombre de toutes les observations faites sur ce sujet en France. La mesure ordonnée par le gouvernement de Wurtemberg et celui de Prusse doit être féconde en résultats très-importans, et il est probable que dans quelques années nous aurons sur ce point tous les éclaircissemens désirables. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce qui se publiera sur ces nouvelles vaccinations.

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

§ 1. — *Considérations pratiques sur la thérapeutique des abcès par congestion.*

Mercredi, 13 août, M. Lisfranc a rouvert, devant un nombreux auditoire, son cours de clinique, momentanément interrompu pendant les exercices du concours. Des considérations pratiques importantes ont été émises par ce professeur sur divers points de chirurgie dans cette première leçon, que nous allons nous efforcer de reproduire. Les abcès par congestion ont été le sujet des premières réflexions; elles pourront servir de complément à un de nos précédens articles, dans lequel la thérapeutique de ces sortes d'abcès n'est exposée que d'une manière très-superficielle.

Les abcès par congestion sont, comme chacun sait, une affection extrêmement grave et qui, dans un très-grand nom-

bre de cas, entraîne la mort des malades : souvent ils tiennent à une maladie de la colonne vertébrale ; cependant, souvent aussi l'expérience a démontré que le tissu cellulaire seul était affecté. Il est inutile de dire que dans ce dernier cas la maladie est infiniment moins grave. Mais quand la colonne vertébrale est le point de départ de l'abcès, peut-on en conclure qu'il y a carie des vertèbres? non certainement, car on a souvent reconnu que le pus ne provenait que de la fonte des parties molles, blanches, destinées à maintenir la colonne vertébrale, tandis que les os étaient restés parfaitement sains. C'est dans ces cas-là sans doute qu'on a obtenu de véritables guérisons.

Les auteurs qui se sont occupés des abcès par congestion ont dit avec raison que, lorsque les malades éprouvaient pendant long-temps de vives douleurs dans la région de la colonne vertébrale, il fallait craindre leur développement, et en conséquence ils ont prescrit de placer sur la région malade des vésicatoires, des cautères, des moxas, citant à l'appui de ce précepte de nombreux exemples de guérison. Mais doit-on dans tous les cas recourir à ces moyens? non sans doute. Il y a plus de vingt ans, M. Lisfranc a fait la remarque que ces rubéfians et ces escarotiques, loin d'enrayer la marche de la maladie dans certains cas, ne faisaient qu'aggraver les accidens, et cela n'est pas étonnant : est-il un seul médecin qui ait recours à ces moyens au début de l'inflammation aiguë de la plèvre ou du rhumatisme? pourquoi donc n'agirait-on pas dans la phlegmasie aiguë de la colonne vertébrale ou des parties environnantes, comme on agit dans celle des autres régions du corps? On ne place pas, en effet, de vésicatoire dans l'ophthalmie aiguë, parce que l'irritation artificielle tourne tout entière au profit de l'inflammation oculaire. C'est donc par des évacuations sanguines locales qu'on doit attaquer ces douleurs, lorsqu'elles offrent des signes d'acuité, et l'on a guéri de cette manière des malades qui présentaient même déjà un commencement de gibbosité ; cependant ces succès sont rares. Le plus souvent les évacuations sanguines n'ont pour effet que de diminuer l'acuité des douleurs, et de disposer les parties à recevoir avantageusement l'action des révulsifs.

Lorsque l'abcès par congestion est formé, quelle conduite doit on tenir? On a donné le conseil, dans ces derniers temps, de se hâter de les ouvrir avant qu'ils soient très-étendus ; mais souvent il n'est pas possible, avant d'avoir incisé les tégumens, de reconnaître d'une manière précise l'étendue du foyer purulent, qui, dans un grand nombre de cas, envoie dans divers sens des ramifications où le pus séjourne. D'autres chirurgiens, et c'est le plus grand nombre, pensent qu'il faut ouvrir l'abcès le plus tard possible ; d'autres enfin pensent qu'il faut s'en abstenir tout-à-fait et laisser à la nature le soin de détruire les tégumens.

Quant à la manière de faire cette ouverture, des chirurgiens veulent qu'on pratique à l'abcès une très-petite ponction, et qu'après avoir laissé le pus s'écouler, on détruise le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle du foyer, de manière à ne pas permettre à l'air extérieur d'y pénétrer. M. Lisfranc rejette entièrement ce procédé, parce que le pus parvient ordinairement de cette manière à s'insinuer dans les mailles du tissu cellulaire, qu'il mortifie dans une étendue plus ou moins considérable. D'autres chirurgiens conseillent de pénétrer dans le foyer avec une aiguille à cataracte rougie au feu ; d'autres enfin se bornent à pratiquer, avec un bistouri étroit, une simple ponction qu'ils recouvrent d'un morceau de diachylum.

Mais, quelque procédé que l'on emploie, l'air ne tarde pas à pénétrer dans le foyer purulent ; le pus prend un mauvais caractère, et on est forcé de débrider largement pour évacuer l'énorme suppuration qui menace d'infecter toute l'économie. C'est la marche presque constante de cette maladie ; aussi est-ce après avoir vu un grand nombre de ces malheureux atteints d'abcès par congestion périr ainsi misérablement, que M. Lisfranc a pensé que la thérapeutique de cette cruelle affection était susceptible de perfectionnement, et qu'il y avait beaucoup à faire pour la science sur ce point.

Ce chirurgien remarqua que lorsqu'après une ouverture pratiquée au sac, le pus se viciait ainsi, la tumeur devenait sensible à la pression ; lorsque l'épanchement était superficiel, la peau rougissait et se couvrait d'un léger érysipèle qui se prolongeait dans le foyer lui-même ; que par l'ouverture il s'échappait une matière roussâtre, brunâtre, comme lorsque des muqueuses accidentelles sont le siége d'une inflammation. M. Lisfranc pensa donc que cette viciation du pus provenait de l'inflammation qui se développait dans l'intérieur du foyer, inflammation qui réagissait sur le canal intestinal et produisait le dévoiement colliquatif, le marasme, etc. La conclusion fut qu'il fallait prévenir le développement de cette inflammation. Mais quels moyens pouvait-on employer pour y parvenir ? Les individus qui sont atteints de ces sortes d'abcès passent pour être lymphatiques, asthéniques, et ne pouvoir aucunement supporter les émissions sanguines ; il fallut donc faire plusieurs tentatives et procéder du simple au composé.

La ressemblance qui existe entre les grands abcès froids et les abcès par congestion, fournit l'occasion de faire quelques essais sur ce sujet. Un malade d'un tempérament scrofuleux et d'une force musculaire médiocre, offrant un vaste abcès froid qui occupait les deux tiers de la circonférence du bras, se présenta à l'hôpital. L'abcès fut largement ouvert, et quarante sangsues furent appliquées dans la plaie et dans les environs. Après leur chute, le bras fut enveloppé d'un cataplasme et le malade mis à la diète absolue. Le soir il n'y avait rien de remarquable, si ce n'est que le cataplasme, qui n'avait pas été renouvelé depuis trois heures, ne contenait point autant de pus que l'étendue de l'abcès semblait le comporter. Le lendemain le pouls s'était soutenu, l'affaiblissement n'était pas sensible, la quantité de pus était encore moindre : trente nouvelles sangsues furent appliquées. Le surlendemain le mieux se soutenait ; mais le pouls étant un peu déprimé, on se borna à appliquer un cataplasme. Le cinquième jour on appliqua encore vingt-cinq sangsues ; le sixième jour le foyer était entièrement cicatrisé, et le septième le malade fut présenté à l'Académie.

Un fait ne suffit pas, assurément, pour justifier une méthode de thérapeutique; mais quand, comme celui que nous venons de citer, il est bien observé et concluant, il peut engager à faire de nouvelles tentatives. M. Lisfranc résolut donc d'attaquer de cette manière les abcès par congestion.

Un malade se présenta avec un vaste abcès par congestion

dans l'aine, contenant au moins une pinte de pus. On l'ouvrit largement et on le couvrit de sangsues. Il ne survint aucun accident, et cet homme sortit parfaitement guéri au bout de quelques mois.

Depuis cinq ans il n'est pas entré dans les salles un seul malade atteint d'abcès par congestion, sur lequel on n'ait employé cette méthode de traitement; et jamais jusqu'à ce jour il n'est survenu d'accidens à la suite de ces ouvertures qu'on a cependant pratiquées dans plus de vingt-cinq cas différens. Dans un petit nombre de cas on a obtenu une guérison radicale; d'autres fois le foyer s'est vidé complètement, s'est cicatrisé en partie, et les malades ont conservé des fistules qui ne les empêchent pas de vivre et même de se livrer à d'assez rudes travaux; enfin, d'autres fois les malades sont morts, mais au bout de dix mois, quinze mois, et toujours l'ouverture du foyer purulent avait enrayé la marche des accidens.

Non-seulement ces évacuations sanguines préviennent le développement de l'inflammation dans le foyer, et l'infection générale qui cause la mort; mais encore l'observation a prouvé qu'elles combattaient avec avantage cette inflammation, lors même qu'elle était développée.

Il est entré à la Pitié, dans la salle Saint-Louis, un malade ayant à l'aine un vaste abcès par congestion ouvert depuis quinze à vingt jours. Le foyer s'était enflammé, et le pus qui s'en écoulait exhalait l'odeur la plus infecte. Quarante sangsues furent appliquées sur l'ouverture de l'abcès, et bientôt le pus devint d'un bon caractère, et tous les accidens disparurent.

M. Lisfranc avait opéré dans la même salle un malade pour une fistule à l'anus, qui semblait exempte de complications. Au bout de trois ou quatre jours, ce malade, faisant des efforts pour aller à la selle, rendit des flots d'une matière purulente horriblement infecte. On examina plus attentivement, et l'on trouva un énorme décollement de la peau dans les environs du rectum; on dut croire alors que cette immense quantité de pus provenait d'une carie du bassin ou de la colonne vertébrale. Cependant quarante sangsues furent appliquées autour de l'anus, sur le coccix et le sacrum. Les douleurs cessèrent presque aussitôt, et le pus prit de bons caractères; au bout de deux mois cet homme sortit radicalement guéri.

Ces deux faits sont bien remarquables, et prouvent d'une manière évidente qu'on peut combattre avantageusement par des émissions sanguines la viciation du pus. Il est évident néanmoins que ces saignées seraient contre-indiquées, si les malades étaient épuisés ou atteints de quelques affections graves des viscères, ou si enfin il y avait plusieurs abcès avec très-vastes décollemens de la peau. Dans tous les cas, quand on ouvre ces abcès, il faut bien se garder d'introduire une mèche de charpie dans la plaie : on déterminerait ainsi la vive irritation qu'il faut au contraire s'efforcer de prévenir.

Quoi qu'il en soit, dix-neuf malades sur vingt périssaient autrefois dans le service de M. Lisfranc. Aujourd'hui les résultats sont beaucoup plus satisfaisans. Il y a dans ce moment dans la salle Saint-Louis deux malades chez lesquels on a fait l'ouverture d'abcès par congestion; chez l'un cette ouverture a été pratiquée il y a cinq jours, aucun signe de viciation du pus ne s'est encore annoncé : malgré une gastro-entérite et des douleurs rhumatismales qui sont survenues, il est dans un assez bon état. Le second, dont l'abcès est ouvert depuis un temps plus long, a été traité par la même méthode, et tout annonce que cette grave affection se terminera heureusement.

§ 2. — *Considérations pratiques sur la gangrène et sur les gaz qui s'échappent des parties sphacélées.*

Au n° 17 de la salle Saint-Louis et au n° 9 de la salle Saint-Antoine sont deux malades dignes de fixer l'attention. Le premier est âgé de quarante-cinq ans; il ne porte aucune trace apparente d'ossification des vaisseaux; il est entré à l'hôpital pour une petite plaie au côté externe du genou. Le second est âgé de trente ans, d'une très-belle constitution. Il portait à la face plantaire du pied une verrue de la largeur d'un centime, qui était traitée avec succès par des bains de savon noir. Tout-à-coup ces deux malades ont été pris de douleurs vives dans la cuisse et dans la jambe : des sangsues ont été appliquées; mais il s'est bientôt manifesté des symptômes de fièvre typhoïde, puis la gangrène s'est déclarée sur les parties douloureuses, et malgré tous les antiseptiques, a fait des progrès effrayans. Il en est résulté d'énormes escarres qui, s'étant détachées, ont laissé à nu de vastes ulcères occupant les deux tiers du membre inférieur. M. Lisfranc était tenté de pratiquer l'amputation de la cuisse chez l'un de ces malades, et la désarticulation du fémur chez l'autre; cependant il attendait, pour se décider, qu'il n'y eût plus aucun espoir d'obtenir la guérison sans recourir à cette opération. La peau était largement décollée, le bassin lui-même était emphysémateux; il s'écoulait chaque jour, par les plaies, une quantité énorme de pus, et en pressant sur les parties voisines des plaies, on faisait sortir des gaz nombreux. Plusieurs incisions ont été faites. Malgré de si grands désordres, les malades ont résisté avec courage. L'état général de la santé s'est amélioré, les deux tiers environ des plaies sont aujourd'hui cicatrisés, et tout porte à croire que la guérison se fera d'une manière complète.

Ces deux curieuses observations ont donné occasion au professeur d'exposer quelques considérations sur la gangrène : on sait que plusieurs auteurs ont donné le conseil de ne jamais pratiquer d'amputation avant que la gangrène soit bornée; cependant l'expérience a prouvé qu'il est des cas dans lesquels cette opération peut en arrêter le progrès, quand toutefois elle est de cause externe. C'est moins cette question que M. Lisfranc a voulu examiner, qu'un mode de développement de la gangrène qu'il est quelquefois au pouvoir de l'homme de l'art de prévenir par une opération.

Il y a neuf ans, ce chirurgien fut appelé à Longjumeau, près d'un homme qui avait eu la jambe broyée par la roue d'une voiture. Ce blessé refusa d'abord de se soumettre à l'amputation jugée nécessaire, et n'y consentit que lorsqu'au bout de plusieurs jours la gangrène avait déjà fait de très-grands progrès; en pressant sur la peau décollée, il en sortait une quantité considérable de gaz. L'amputation de la jambe fut néanmoins décidée. Elle fut pratiquée et donna issue à des gaz nombreux et infects. Les muscles, qui étaient

d'un rouge brun, ne se contractèrent aucunement, et quand l'amputation fut terminée, on eut un moignon aussi sec que celui qu'on obtient sur le cadavre. On chercha les artères, il fut impossible de les trouver. La compression levée momentanément, le moignon reçut d'abord quelques pulsations, puis le sang se fit jour au dehors avec abondance. La compression fut de nouveau établie, et quand on voulut lier les artères, on ne put encore en trouver aucune. M. Lisfranc, réfléchissant alors aux causes de cette singularité, pensa que les muscles étant frappés de gangrène n'avaient pu se contracter, tandis que les artères qui n'étaient pas encore atteintes de mortification, s'étaient retirées derrière les chairs. Il fallu disséquer les muscles et pénétrer de la sorte jusqu'à un pouce et demi de profondeur. C'est dans ce point qu'on les trouva toutes et qu'on les lia. Les gaz se sont échappés en grande quantité par ces incisions, la plaie s'est nettoyée et le malade a fort bien guéri.

Il est des cas dans lesquels on voit les gaz filer le long des vais seaux, et porter ainsi au loin la mortification des parties environnantes. Tout porte à croire qu'en donnant issue promptement à ces germes d'infection, on bornerait les progrès de la gangrène, comme on l'a fait dans l'observation qu'on vient de lire et dans celle qui va suivre.

Après les journées de juin 1832, M. Lisfranc pratiqua l'amputation du bras à un garde national dont le coude était envahi par la gangrène à la suite d'un coup de feu. Une vaste escarre gangreneuse se forma sur le côté externe du moignon; des gaz s'en échappaient avec abondance, lorsqu'on comprimait légèrement. M. Lisfranc enleva cette escarrhe avec le bistouri, et détruisit ainsi la source de ces gaz qui se propageaient au loin. Les accidens cessèrent aussitôt, et le malade guérit fort bien.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

§ 1. — *Considérations sur la marche des ulcérations syphilitiques primitives.*

La marche des ulcères vénériens primitifs ne saurait être tracée d'une manière générale, trop de circonstances pouvant l'influencer et accélérer ou retarder leur guérison; cependant voici sur ce sujet ce que l'expérience et l'observation ont démontré à M. Cullérier.

Le virus vénérien, ainsi que nous le disons dans l'article précédent a toujours, comme les autres virus, le même degré de malignité; mais les ravages qu'il produit sont bien différens suivant les circonstances et les individus; ainsi trois hommes voient successivement la même femme et sont infectés à divers degrés; l'un n'a que des chancres benins, l'autre des chancres rongeans et le troisième des chancres et des bubons. De ces trois malades l'un guérira en quelques jours, les deux autres ne seront délivés de leur affection qu'après plusieurs mois d'un traitement approprié. Que conclure de cette diversité d'action du virus, sinon que ces trois hommes qui l'ont reçu étaient dans des circonstances différentes qui ont favorisé ou atténué ses effets? Le symptôme syphilitique de la femme infectée était le même, mais la contagion s'est faite à des degrés différens chez les divers individus, comme l'inoculation d'un même bouton vaccinal est impuissante chez certains enfans, ou produit la contagion chez d'autres, suivant les circonstances et l'individualité : si une plus grande quantité de virus a été recueillie sur la lancette, l'inoculation sera plus probable, mais il n'en résultera pas un bouton plus gros et mieux développé.

Ce principe, en opposition avec ceux de la plupart des auteurs qui admettent *un virus plus ou moins âcre, plus ou moins malin et plus ou moins abondant*, est fécond en applications pratiques, car si l'on admet que c'est à l'individualité des malades (1) qu'il faut attribuer la violence et l'étendue des désordres, et non à l'activité de la contagion, tous nos efforts devront tendre vers ce seul but : mettre les malades dans les conditions les plus défavorables au développement de l'affection syphilitique, et non chercher à rendre le virus moins actif, et à borner son action sur les tissus par des moyens appropriés.

Quelques exemples rendront plus clair ce raisonnement, sur lequel nous insistons, parce qu'il est en quelque sorte la base sur laquelle M. Cullerier a établi son traitement contre la plupart des symptômes de syphilis, traitement qui, comme on a pu le voir jusqu'à ce jour, est tout-à-fait différent de ceux conseillés par les auteurs.

Les malades que l'on reçoit dans l'hôpital avec des ulcères primitifs du pénis se présentent en général avec une très-vive inflammation du gland et du prépuce; ils ont en effet été surexcités par les travaux auxquels ils ont continué de se livrer, par la marche et surtout par les excès en boissons. Aussitôt après leur entrée ils sont mis au repos, à un régime sévère, et à un traitement antiphlogistique; au bout de quelques jours les symptômes inflammatoires sont tombés, les chancres ont cessé de s'étendre en largeur et en profondeur. Les mêmes moyens sont continués, et ces ulcères, qui à l'entrée des malades étaient rongeans, inflammatoires, gangreneux même, qui semblaient devoir dévorer une partie du gland, sont réduits à l'état de plaies simples, puis enfin amenés à parfaite guérison dans la durée moyenne de quelques semaines. Sans l'emploi de moyens actifs et sous l'influence de médicamens presque insignifians, mais à l'aide de la diète et du repos qui ont modifié l'individualité des malades, on obtient donc une guérison prompte, exempte des accidens qui semblaient être produits par le virus *le plus âcre et le plus malin*. voyons maintenant ce que peut devenir le même virus dans des circonstances opposées.

---

(1) Il faut entendre ici par individualité non-seulement la constitution des malades, leur âge, leur état de santé, etc., mais encore les circonstances dans lesquelles ils vivent, les travaux auxquels ils se livrent, l'exercice ou le repos, les excès en boissons ou en alimens, ou la sobriété, le mode de traitement, etc., etc. C'est cette individualité que M. Cullerier prend toujours en considération dans le traitement des affections syphilitiques, et non l'activité plus ou moins grande du virus qui ne varie jamais.

Un autre ordre de malades est traité à l'hôpital des Vénériens ; ceux dont les symptômes sont légers, qui portent des chancres peu inflammatoires, de petits bubons indolens, de simples blennorrhagies, ceux enfin qui sembleraient devoir être promptement guéris, si on les traitait convenablement, ne peuvent pas être admis immédiatement dans l'intérieur de l'hôpital, faute de place suffisante. Ils reçoivent les médicamens nécessaires, et en font usage sans discontinuer leurs travaux. Or, ces malades, qui ne sont soumis ni au repos, ni à la diète, ni à l'emploi des antiphlogistiques convenables, et dans l'économie desquels semblait séjourner un virus peu actif, ne tardent pas à se trouver dans l'état des précédens : un phimosis, une orchite, des bubons aigus sont presque toujours le résultat de la marche et des travaux, ce qui est à peu près sans exemple quand on les tient au lit. Le même virus, qui d'abord avait produit des effets si opposés, a donc eu ensuite une action toute semblable lorsque, par des circonstances nouvelles, l'individualité des malades a été changée.

Ces explications, qui peuvent s'appliquer à la plupart des autres symptômes syphilitiques, nous dispensent de tracer la marche des ulcérations primitives. On conçoit que cette marche doit varier suivant l'individualité des sujets, et qu'elle sera plus ou moins rapide, plus ou moins compliquée quand les malades seront stimulés ou maintenus à la diète, suivant qu'ils continueront leurs travaux ou garderont le repos. On peut cependant établir comme règle générale que sous l'influence du traitement que nous allons exposer, les ulcères syphilitiques primitifs marchent sans complication vers une cicatrisation complète dans l'espace de trois à cinq semaines. Il est rare que les malades qui entrent à l'hôpital avec ce seul symptôme y fassent un plus long séjour.

§ 2. — *Considérations sur le traitement des ulcérations syphilitiques primitives ; ulcérations inflammatoires, indolentes ; traitement par la cautérisation ; guérison sans préparations mercurielles.*

Pour étudier convenablement le traitement des ulcères syphilitiques primitifs, il est nécessaire de les considérer d'abord suivant qu'ils sont inflammatoires ou indolens ; nous examinerons ensuite les différentes indications dépendant du siége qu'ils occupent, et enfin les complications qui peuvent survenir.

Nous avons vu dans l'article précédent que les malades étaient rarement admis à l'hôpital des Vénériens avec de simples chancres indolens ; presque toujours les travaux auxquels ils ont continué de se livrer, ainsi que les applications irritantes auxquelles ils ont ordinairement recours, ont entretenu et aggravé l'inflammation : il y a phimosis plus ou moins complet, le gland et le prépuce sont énormément tuméfiés, et la verge, qui semble doublée de volume, offre la forme d'un bâton. Ceux qui portent des ulcères moins étendus et moins inflammatoires ont en même temps un ou deux bubons qui réclament presqu'exclusivement les secours du médecin. Tels sont la plupart des malades reçus dans les salles de M. Cullerier. On ne peut donc, comme dans les hôpitaux militaires, attribuer la rapidité des guérisons qu'on y obtient en général, au peu de gravité des symptômes et à la bonne complexion des sujets qui fréquemment sont usés par la misère et la débauche.

On sait déjà que ces chancres inflammatoires sont traités par la diète, le repos au lit, la saignée du bras quand le sujet est fort et pléthorique, ou quand on redoute quelques accidens ; les saignées locales, les bains généraux et locaux émolliens, les cataplasmes de même nature dont on enveloppe la verge, et enfin, dans le cas de phimosis, les injections émollientes et opiacées.

La diète est rarement absolue, à moins qu'il n'y ait imminence de gangrène. Le plus souvent les malades sont mis au quart de la portion (quatre onces de pain), ou seulement aux bouillons et aux soupes deux fois dans les vingt-quatre heures, pendant trois ou quatre jours. Les saignées du bras sont très-copieuses ; elles sont employées de préférence aux saignées locales pour modifier rapidement l'individualité. Cependant chez les sujets faibles on place des sangsues à la base du pénis ou aux aines chez l'homme, aux aines et à la partie interne et supérieure des cuisses chez la femme. Observons que chez cette dernière, il vaut mieux mettre les sangsues dans les aines qu'au périnées, les mucosités qui s'écoulent de la vulve pouvant irriter les piqûres et les transformer en ulcères syphilitiques. Dans quelques circonstances, lorsque le chancre est très-enflammé, que son fond est grisâtre, comme lardacé, et qu'il s'en écoule une humeur sanieuse, on applique une ou deux sangsues dans l'intérieur même de la plaie, qui se déterge ainsi rapidement.

Presque tous les malades, à leur entrée à l'hôpital, prennent un ou plusieurs bains d'eau simple. Cette précaution est indispensable chez les ouvriers pour enlever l'enduit de crasse qui obstrue les pores de la peau, et lui permettre d'exercer librement ses fonctions. Quant aux bains locaux qui sont répétés plusieurs fois par jour et chaque fois pendant un temps fort long, l'expérience a démontré que l'action de la liqueur émolliente est plus favorable lorsque le gland n'est pas mis à découvert. La verge entière, dans le cas de chancres du gland et du prépuce, est donc plongée plusieurs fois par jour pendant une ou deux heures dans une forte décoction, soit de guimauve, soit de graine de lin, de pavot, de laitue, de surcau, à laquelle on ajoute souvent du laudanum (douze ou quinze gouttes par verre). Ainsi, quand le phimosis n'est pas complet, il faut se garder d'engager les malades à mettre les chancres à découvert, le frottement et l'étranglement momentané qui suspend la circulation dans les parties malades favorisant et entretenant l'inflammation. Quant au phimosis complet et aux accidens qui peuvent en résulter, nous n'en dirons rien ici, ayant traité dans un autre article 865 de tout ce qui a rapport à cette complication des ulcères primitifs.

Sous l'influence de ce traitement, les progrès de l'inflammation sont promptement arrêtés, et depuis huit mois nous n'avons pas vu, à l'hôpital des Vénériens, un seul ulcère primitif dont la marche ne fût à l'instant enrayée par cet appareil de moyens antiphlogistiques.

Nous devons nous élever ici contre l'usage où sont encore plusieurs médecins de faire sur les ulcères syphilitiques primitifs enflammés des applications irritantes en même temps

qu'ils ont recours à un traitement antiphlogistique. L'onguent mercuriel, pur ou mitigé, appliqué sur un chancre enflammé, sous le prétexte de détruire la malignité du virus, est le plus sûr moyen d'agraver le mal et de faire tomber les parties en gangrène par excès d'inflammation. Il n'est pas de semaine où nous ne soyons à même de faire cette remarque au moment de l'admission des malades à l'hôpital. Ainsi, dans la période inflammatoire, les moyens énumérés plus haut sont les seuls proposables, et l'on doit oublier en quelque sorte la cause première de ces ulcérations pour ne s'occuper que des symptômes locaux.

Mais, quand les chancres sont médiocrement enflammés, ces moyens ne sont pas toujours suffisans pour amener promptement la guérison, et les méthodes doivent varier suivant les circonstances et suivant les individus. Un des moyens les plus expéditifs, moyen fort en usage, surtout parmi les militaires, est la cautérisation. Pour apprécier la valeur de cette méthode, il faut bien distinguer les époques auxquelles on y a recours : ainsi des chirurgiens conseillent de cautériser fortement l'ulcère syphilitique dès son début, avant qu'il soit entouré d'une vive inflammation, et avant surtout que l'économie soit imprégnée du virus syphilitique. M. Cullerier pense que cette méthode, prise d'une manière générale, est vicieuse (1); elle ne doit être admise qu'avec les plus grandes précautions, et réservée seulement pour quelques cas dans lesquels il est important pour les malades d'obtenir une guérison rapide. Nous avons rarement vu ce médecin pratiquer ainsi la cautérisation dès le début de l'ulcère syphilitique; cependant, dans quelques circonstances, une prompte cicatrisation a ainsi été obtenue sans accidens.

Au numéro 35 de la seconde salle a été couché, le 15 janvier, un jeune homme qui portait depuis le 24 décembre un chancre très-large à la base du gland, survenu quatre jours après un coït impur. Cet homme ayant continué à marcher, un second chancre est survenu et a détruit la presque totalité du frein. Ces deux chancres étaient fort larges et surtout très-enflammés; après quelque temps de repos, on les cautérisa fortement avec la pierre infernale pendant trois ou quatre jours; ces ulcères se sont promptement cicatrisés, et le malade est sorti le 19 février très-bien guéri sans avoir subi d'autre traitement.

Cette cautérisation a été également pratiquée chez quelques autres malades, sans qu'on ait vu survenir d'accidens, et il y a encore dans les salles deux hommes chez lesquels on suit la même méthode avec de très-heureux résultats. Cependant, malgré les précautions avec lesquelles on cautérise, on a quelquefois été forcé de renoncer à ce moyen.

Au numero 19 de la même salle a été couché, le 3 avril, un homme offrant des chancres élevés sur le dos de la verge, et dans l'aine droite un bubon rouge et enflammé, de la grosseur d'un œuf de poule. Les chancres furent pansés avec le cérat opiacé, puis le lendemain on cautérisa légèrement avec la pierre infernale les trois chancres qui étaient de la largeur d'une pièce de dix sous. Le 5, les plaies avaient un meilleur aspect; on continua le même moyen jusqu'au 8, époque à laquelle on s'aperçut que les chancres devenaient saignans, les chairs étaient pâles, boursouflées et prenaient un mauvais caractère; on renonça aussitôt à la cautérisation; cependant le bubon a marché avec la même rapidité vers une résolution complète.

Deux inconvéniens graves peuvent résulter de la cautérisation. Le premier et le plus ordinaire, c'est la formation d'un bubon, suite assez commune de cette stimulation, ou le développement d'une vive inflammation. Cependant on peut éviter cette terminaison en maintenant les malades au lit et au régime; aussi n'avons-nous point observé cet accident à l'hôpital des Vénériens. Le second est beaucoup plus grave, c'est de laisser les malades exposés à des rechutes et à des symptômes consécutifs.

Il paraît, en effet, que les individus qui ont été débarrassés de leurs chancres en quelques jours par cette méthode offrent plus fréquemment que d'autres des symptômes consécutifs; ainsi, lorsque nous interrogeons les malades qui entrent à l'hôpital avec des ulcères de la gorge, des affections des os, de la peau, etc., la très-grande majorité d'entre eux a subi un ou plusieurs traitemens mercuriels, et parmi les autres nous en trouvons toujours plusieurs dont les chancres ont été cautérisés par la pierre infernale, ou qui se sont bornés à les recouvrir avec de la cendre de tabac. Il y a encore dans ce moment au numéro 23 de la seconde salle un ancien militaire qui, en 1813, eut deux chancres sur le gland; il se borna à les cautériser avec la cendre de tabac. Depuis lors il s'est marié, a eu des enfans qui se portent bien. Il y a cinq mois, un abcès s'est développé à la partie moyenne du voile du palais, et aujourd'hui il porte sur ce point un ulcère de la largeur d'une pièce de vingt sous.

Si ces remarques sont justes, le traitement par la cautérisation devrait être abandonné par les médecins. Cette pratique, faite avec beaucoup de réserve dans l'hôpital, n'est guère applicable d'ailleurs en ville, où il est impossible de surveiller convenablement les malades. Mais nous ne voulons point parler de l'excitation salutaire produite avec la pierre infernale, pour hâter la cicatrisation des chancres indolens; c'est, comme nous le verrons dans un autre article, un moyen précieux et fréquemment mis en usage par M. Cullerier.

Il est des praticiens qui, considérant les chancres vénériens comme étant d'une nature tout-à-fait différente de celle des autres ulcères, prétendent que leur caractère pathognomonique est de ne guérir que sous l'influence des mercuriaux. Cette assertion, répétée à peu près par tous les auteurs qui se sont occupés de syphilis, et adoptée encore aujourd'hui par un grand nombre de praticiens, est démentie par l'observation de chaque jour, puisque la plupart des chancres que l'on traite dans les salles de M. Cullerier se cicatrisent rapidement sans qu'on emploie pour les panser un atôme de mercure. Nous citerons à cette occasion le fait suivant, qui ne paraîtra pas dépourvu d'intérêt.

Au numéro 17 de la seconde salle a été couché, le 27 février, un maréchal ferrant qui portait depuis cinq semaines un large chancre sur la peau de la verge. Cet homme,

(1) Nous avons plusieurs fois entendu M. Dupuytren déclarer que la cautérisation était de toutes les méthodes la plus pernicieuse.

en exerçant son métier, s'était brûlé à la seconde phalange du doigt médius de la main droite ; soit qu'il eût mis du pus de l'ulcère sur la brûlure, soit que ce fût une disposition particulière, les deux ulcérations rapprochées, chacune de la largeur d'une pièce de dix sous, offraient une ressemblance parfaite. Les bords en étaient coupés à pic, le fond grisâtre et il s'en écoulait une sanie de même nature. Cet homme avait de plus un bubon de la grosseur d'un œuf de pigeon. *Sur le chancre du doigt on mit de l'onguent mercuriel, celui de la verge fut pansé seulement avec le cérat opiacé.*

Ces deux ulcérations, ainsi traitées d'une manière si différente, n'en marchèrent pas moins en même temps vers la cicatrisation. Le 5 mars leur aspect était infiniment meilleur ; le 12 elles étaient presque entièrement cicatrisées. On découvrit à la face interne du prépuce plusieurs autres petits chancres qui furent également pansés avec le cérat opiacé. Cet homme ne prit à l'intérieur aucune préparation mercurielle ; il sortit de l'hôpital le 26 mars guéri.

Des faits de ce genre, que nous pourrions multiplier à l'infini, parlent plus haut que tous les raisonnemens, et prouvent de la manière la plus positive que les symptômes syphilitiques peuvent disparaître d'une manière complète sous l'influence de médicamens autres que les préparations mercurielles. La clinique de M. Cullerier confirme à chaque instant ce que nous avançons, puisque ce médecin guérit rapidement les malades sans employer le plus souvent ce prétendu spécifique. Quant à la question de récidive, nous espérons prouver plus tard, également par des faits, que sa méthode n'est pas plus fréquemment suivie de symptômes consécutifs, que celles conseillées par les auteurs et adoptées encore par la grande majorité des praticiens (1).

---

(1) Dans tous les articles que nous publions sur les divers symptômes de syphilis, nous nous occupons presque uniquement du traitement local, nous bornant à indiquer les cas dans lesquels M. Cullerier administre un traitement général mercuriel. Nous nous réservons d'exposer par la suite, avec toute l'étendue désirable, la manière dont ce médecin administre les mercuriaux, les préparations qu'il préfère, et toutes les conditions nécessaires à l'efficacité du traitement.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

SEPTEMBRE 1834.

N° DU 6.

CONSTITUTION MÉDICALE.

De l'état actuel du choléra en Europe, et de la constitution médicale de Paris.

Il n'est personne qui ne soit frappé des récrudescences que le choléra affecte depuis peu, partout où il a pénétré; alarmé de ces nouveaux progrès, tout le monde se demande à Paris, si la constitution médicale que nous subissons cet été, ne présage pas aussi le réveil prochain de cette épidémie parmi nous. Toutes ces craintes sont vagues, mais la question est assez grave pour mériter d'être mûrement examinée. Mesurons donc l'étendue des ravages que cette maladie exerce à quelque distance de Paris et voyons jusqu'à quel point la nature de la constitution médicale actuelle peut justifier ou infirmer ces appréhensions. Voici les nouvelles qui nous reviennent des pays où ce fléau a recommencé.

Dans le nord, la Suède éprouve cette maladie à un degré plus élevé que jamais. Dès le mois d'août elle a éclaté à Wenersbourg où elle est arrivée, assure-t-on, par la voie de Gothebourg. Gothebourg, à 75 lieues de Stockholm, baignée par un fleuve, paraît être le foyer principal de ce fléau. Il y fait des ravages tels que 5,000 personnes ont émigré. Les rapports les plus récens de ces désastres élève à un nombre prodigieux la liste de ses victimes. Nous en donnerons une idée en disant que le 15 août seulement, on a enterré 140 morts, et que plusieurs centaines de cadavres gisaient encore sans sépulture, faute d'un nombre suffisant de fosses pour les recevoir. Le total des décédés à Gothebourg atteignait déjà à l'instant de ces nouvelles 1,225, ce qui, abstraction faite des cinq mille émigrés, représente environ le septième de la population de ce pays. De Gothebourg la maladie s'est étendue du nord au midi dans toutes les directions. Suivant les apparences elle est dans ce moment à Stockholm, où l'on s'attendait incessamment à la voir pénétrer.

Dans le midi, le choléra règne encore à Madrid, en Portugal. A Gibraltar, on recevait encore journellement une soixantaine de cas nouveaux, et les décès étaient proportionnés. En outre cette affection s'avance de ces pays par deux lignes distinctes vers les Pyrénées. Elle est dans ce moment sur le chemin de Saragosse, et elle ravage Valladolid et Burgos. Si elle continue à suivre cette route, nous ne prévoyons pas quelle cause peut l'en détourner, les pays méridionaux de la France doivent s'attendre à la voir déboucher par ce côté.

En nous rapprochant davantage de Paris nous trouvons que ce fléau a reparu à Glascow, seconde capitale de l'Écosse, qu'il ravage toujours l'Irlande, et enfin il vient d'éclater à Londres ces jours derniers.

Depuis 1832 cette cité n'en avait jamais été complétement délivrée; seulement il avait beaucoup perdu de ses forces en même temps qu'il avait dépouillé le caractère épidémique et s'était réduit à des cas isolés. Le 17 juillet; cette disposition a tout à coup changé : il a repris le génie épidémique et tout l'appareil des symptômes les plus sérieux. On l'a vu premièrement dans le faubourg de Lambelli, sur la rive droite de la Tamise, quartiers des ouvriers et des nouveaux débarqués. En 1832 il débuta aussi dans ce quartier avant de se répandre sur le reste de la cité. De ce point central, il a envahi toute la ville. Aujourd'hui, il n'y a pas une seule rue entièrement exempte de ce fléau. Il frappe, comme à l'époque de sa première attaque, les personnes de toutes les classes et de toutes les conditions. Plusieurs grands personnages en ont été atteints; la plupart ont succombé après quelques heures de souffrance et tout au plus après deux ou trois jours de maladie. En un mot, on ne peut s'empêcher de reconnaître que décidément Londres est de nouveau aux prises avec l'épidémie cholérique, au moins aussi gravement qu'elle l'a été en 1832.

Ainsi de tous côtés la France et Paris sont enveloppés par cette terrible maladie : Paris surtout semblerait toucher à l'instant d'une récrudescence, si l'on considère que toutes les fois que cette affection s'est jetée sur une contrée, on l'a vue se montrer d'abord avec intensité dans la proximité des lieux où elle se préparait à pénétrer. C'est à la suite de ses ravages en Ecosse que Londres en a été frappé en 1832, c'est lorsqu'elle sévissait sur cette grande cité qu'elle a traversé les mers et s'est fait jour à Paris; enfin c'est encore au fort de ses progrès dans cette capitale qu'elle s'est étendue au loin au nord et au sud de Paris. En recherchant pareillement sous quels auspices elle a éclaté tour à tour en Pologne, en Russie, en Allemagne et partout, on acquiert la certitude que son apparition dans tous les pays a correspondu au temps où elle régnait avec le plus de force à peu de distance de chacune de ces contrées : en sera-t-il de même à Paris?.. Nous n'osons pas trop l'affirmer. Ce que nous devons dire c'est que les faits se réunissent à montrer que parmi les conditions essentielles à la

naissance comme au retour du choléra, il faut compter la nécessité de sa présence dans le voisinage des lieux qu'il se propose de visiter, et que sous ce rapport Paris est d'autant plus mal partagé qu'il la reçu d'abord de Londres et de l'Écosse, où, dans ce moment, il règne avec activité. Voyons à présent ce que la constitution médicale de Paris indique relativement aux circonstances favorables à l'explosion du choléra.

A l'époque où le choléra se montra dans la capitale en 1832, nous éprouvions un état atmosphérique qui n'était pas sans conformité avec l'état atmosphérique d'aujourd'hui. On se souvient que nous venions de ressentir une alternative assez longue d'intempérie, et que la température en particulier avait changé plusieurs fois du froid au chaud, et du chaud au froid. Il en fut de même de l'état hygrométrique : plusieurs jours d'une sécheresse opiniâtre avaient été remplacés à différentes reprises par des averses et un temps pluvieux. C'est au sortir de ces étranges vicissitudes que le choléra a paru. Notons encore que cette époque correspondait à l'entrée du printemps. Dans ce moment, tout le monde sait qu'en fait de vicissitudes atmosphériques, nous en avons essuyé une bonne part. Qui ne se rappelle, par exemple, qu'à peine une quinzaine de jours se sont écoulés depuis qu'une chaleur extraordinaire, même pour la saison de l'été, a cédé la place à une température voisine du froid, surtout après la chute du jour, et que des pluies diluviales ont brusquement interrompu la sécheresse constante durant le cours de l'été. Il est vrai que nous touchons à l'automne, au lieu d'entrer au printemps, comme à l'époque du choléra de 1832. Mais le printemps et l'automne sont deux saisons pareilles à beaucoup d'égards, au moins relativement au degré de la température et à la mesure de l'humidité. Cependant, tout n'est pas exactement semblable dans les deux états atmosphériques que nous essayons de comparer. Ainsi le printemps de 1832 succédait à un hiver assez âpre pendant lequel la Seine avait plusieurs fois charrié, tandis qu'en 1834 nous avons eu au contraire des chaleurs très-fortes pendant l'été que nous venons de quitter. Toujours est-il vrai qu'on ne peut méconnaître sous le rapport de l'état de l'air plusieurs points d'analogie entre le début du printemps de 1832 et les approches de l'automne en 1834.

Reste à apprécier du point de vue pathologique, cette constitution aux deux époques que nous venons de rapprocher. A cet égard, nous sommes forcés de convenir que rien ne manque à la ressemblance des deux tableaux. Aujourd'hui, comme avant le choléra de 1832, Paris est rempli de ces affections gastro-intestinales qu'on a appelées cholérines; aujourd'hui comme alors, le système nerveux prend une part active aux symptômes de ces maladies; aujourd'hui comme alors aussi, ces maladies sont généralement bénignes, à moins qu'on ne persiste à les mal traiter. Nous avons déjà tracé dans un autre article les traits caractéristiques de ces affections gastro-intestinales. Ici nous insisterons sur la nécessité de les attaquer avec promptitude, quelle que soit leur bénignité, parce que s'il est hors de doute qu'elles sont sans danger par elles-mêmes, nous avons tout lieu de croire qu'en les livrant à leur cours naturel, et surtout en les traitant à contre-temps, elles engendrent plus qu'aucune autre cause, la disposition au choléra.

La meilleure méthode de traitement de ces maladies est aussi la plus expéditive; elle consiste principalement dans l'usage des vomitifs et de l'ipécacuanha en particulier. Dans les salles de l'Hôtel-Dieu où cette pratique est en usage, on est étonné de la facilité avec laquelle elle triomphe de ces accidens. Un simple vomitif remet sur pied, de la veille au lendemain, des malades fatigués depuis plusieurs jours par des vomissemens et des garde-robes, accablés de lassitude, sans appétit, et assez affaiblis pour être obligés de se tenir au lit. Une méthode inverse, celle des débilitans et des antiphlogistiques, n'enraie jamais aussi promptement les progrès de ces maladies. Loin de là, les symptômes empirent et les malades n'en sont pas quittes pour des semaines entières de maladie. Heureux encore quand le médecin, mieux avisé, répare enfin le mal, avant de le rendre irrémédiable, à l'aide des toniques combinés avec une douce purgation.

D'après ce qui précède, on voit évidemment que la constitution actuelle de la capitale ne ressemble pas mal à celle qui servit de prélude à la première attaque du choléra, et que les récrudescences multipliées dont l'Europe est le théâtre indiquent que la cause de cette affection a repris une nouvelle vivacité. Maintenant, dirons-nous positivement que le choléra va renaître à Paris? Nous n'avons garde de nous tant avancer. Pour se prononcer sans réserve dans une matière si délicate, il faudrait connaître à fond cette maladie et les lois de sa marche et de ses progrès. Nous n'en sommes pas là encore. La seule conclusion légitime de cet article, c'est que la condition actuelle de Paris paraît avoir la plus grande analogie avec sa situation au printemps de 1832.

Considérations sur quelques points en litige concernant les luxations et fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras; par M. ROGNETTA.

(ANALYSE.)

Ceci n'est point un travail complet sur la matière; mais bien plutôt une sorte de supplément aux recherches publiées jusqu'à ce jour. Notre collaborateur, M. Malgaigne, a suffisamment démontré après M. Dupuytren la rareté, sinon l'impossibilité absolue, des luxations du poignet sur l'avant-bras; son mémoire, d'une importance capitale en cette matière, paraît avoir servi de base à quelques-unes des recherches de M. Rognetta et n'a point été à l'abri de quelques légères critiques; mais M. Rognetta ne s'est point borné aux luxations qui arrivent par suite de chute sur la main; il a revisé également ce qui avait été écrit sur les luxations du cubitus par exagération des mouvemens de pronation et de supination. Nous indiquerons pour chaque point qu'il a traité les observations et les idées nouvelles qu'il a apportées.

1. *Luxations simples de l'extrémité carpienne du cubitus.* M. Malgaigne avait cru voir quelque indication de ces luxations dans ce passage d'Hippocrate : *Quandoque appendix emota est.* Le mot d'*appendix* l'avait induit en erreur, aussi bien que Massimino et Dujardin, qui n'avaient non plus consulté que la traduction latine. M. Rognetta, en recourant au grec, a trouvé qu'il s'agissait de l'épiphyse, επιφυσιο, comme M. de Mercy l'a aussi rendu dans sa traduction française. Il paraît donc plus probable

que ce passage se rapporte au décollement de l'épiphyse du radius.

Les luxations simples du cubitus peuvent se faire en trois sens, suivant l'auteur : *en arrière, en avant* et *en dedans*.

La luxation en arrière peut être produite par deux mécanismes bien différens. Dans le premier, la main est tournée violemment dans une *pronation* outrée ; le radius, en tournant de dehors en dedans sur la petite tête cubitale, chasse celle-ci de la cavité sigmoïde et la pousse en arrière ; c'est la théorie de Desault.

Mais M. Rognetta pense avec Monteggia que, dans ce mouvement de pronation, l'extrémité du cubitus exécute aussi un mouvement léger de circumduction autour du radius. Il apporte en preuve que, si on enlève les chairs d'un avant-bras sans toucher aux ligamens, on voit ce mouvement du cubitus s'opérer en même temps que celui du radius ; et même que tout le monde peut constater le fait en appuyant le coude sur une table et en tournant en pronation l'avant-bras fléchi. Nous admettons volontiers qu'on puisse faire exécuter même des mouvemens latéraux à l'avant-bras sur le bras, quand on a enlevé tous les muscles ; il n'est pas d'articulations auxquelles on ne puisse ainsi donner des mouvemens pour lesquels la nature ne les a point faites. Une expérience meilleure est celle-ci ; il s'agit de dégarnir des chairs seulement la partie inférieure de l'avant-bras en laissant intacte l'articulation du coude ; alors on pourra se convaincre que les mouvemens du cubitus se bornent à la flexion et à l'extension, que son articulation humérale est le ginglyme le plus parfait qu'offre le squelette humain ; et enfin que le prétendu mouvement de rotation du cubitus ne tient, comme M. Malgaigne l'a très-bien observé, qu'à une illusion d'optique.

La luxation se fait aussi, selon M. Rognetta, soit par le choc d'un corps contondant, soit à l'occasion d'une chute sur l'éminence hypothénar. On pourrait douter que le mécanisme fût le même dans les deux cas, comme l'auteur paraît le croire ; mais avant toute objection, il n'est nullement démontré que la luxation *simple* du cubitus ait jamais eu lieu ou soit même possible par suite d'une chute sur l'éminence hypothénar.

D'autres causes peuvent encore luxer le cubitus. Desault et Monteggia ont noté la convulsion des muscles du poignet ; et quoiqu'il n'en existe aucun exemple, on ne saurait rejeter cette cause de luxation pour cette articulation pas plus que pour les autres. Elle peut avoir lieu enfin par relâchement des ligamens. « J'ai vu, dit M. Rognetta, un nègre, scieur de bois, dont l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras était du double plus volumineuse qu'à l'état naturel ; les ligamens des articulations inférieures de ces os étaient tellement relâchés, que je pouvais aisément luxer avec mes doigts le cubitus en arrière ; je le replaçais avec la même facilité, sans que l'individu éprouvât de douleur. »

L'auteur décrit ensuite les signes de cette luxation, qui sont les mêmes que l'on trouve dans les auteurs. Mais il rapporte quelques faits par lui observés, qu'il ne sera pas inutile de reproduire, attendu la rareté des observations de ce genre.

Obs. I. — Cousin, meunier, âgé de 68 ans, entra à la Charité en avril 1833. Il raconta qu'étant à percer un morceau de planche avec la pointe d'un compas dont il se servait comme d'une vrille, la planche s'était cassée, et sa main gauche avait reçu une torsion tellement violente dans le sens de la pronation qu'il sentit *son poignet s'être démis*. A l'instant douleur très-vive ; la main et l'avant-bras demeurent immobiles dans l'adduction, entre la pronation et la supination. Un médecin appelé prit le mal pour une entorse et fit appliquer des sangsues sur le poignet. Les jours suivans, gonflement prodigieux dans tout l'avant-bras, formation et ouverture de quelques abcès. Ce fut alors qu'il entra à l'hôpital. Il offrait encore les symptômes suivans.

Tumeur osseuse sur le dos du poignet, manifestement formée par le cubitus déplacé ; rétrécissement remarquable de l'espace bi-styloïdien ; l'apophyse styloïde du cubitus, au lieu d'être en ligne directe avec le doigt annulaire de la main, se trouvait dans la direction du doigt médius ; la tête du cubitus croisait par conséquent la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius. C'était donc une luxation en arrière.

Boyer s'occupa d'abord de dissiper l'inflammation au moyen du repos et des applications émollientes. Le soixantième jour après l'accident, le gonflement et la douleur étant presque entièrement dissipés, voici ce que M. Rognetta put observer sur ce point.

La petite tête du cubitus faisait saillie en arrière précisément sur l'os sémi-lunaire du carpe. L'espace intermalléolaire était *d'un tiers à peu près* plus étroit que celui du poignet sain. La supination était impossible, et le membre n'arrivait pas à la position moyenne entre la pronation et la supination. Les doigts étaient étendus et ne pouvaient se fléchir. En embrassant d'une main le poignet de ce malade, de manière que les quatre doigts s'appliquaient sur la face palmaire de l'avant-bras tandis que le pouce pressait fortement sur la petite tête cubitale saillante, comme pour faire *déchevaucher* les deux os ; et de l'autre main tirant en même temps la main doucement vers la supination, on voyait le cubitus descendre manifestement de sa place anormale et rentrer avec une espèce de craquement dans sa position naturelle ; la main et l'avant-bras revenaient en supination, le poignet reprenait sa forme, les doigts recouvraient sur-le-champ la faculté d'agir. A peine les efforts de coaptation étaient-ils retirés, que la luxation était reproduite. Toutefois Boyer ne jugea pas, à cette époque de la maladie, devoir rien tenter pour la guérison.

M. Rognetta blâme, non sans raison, cette conduite qui condamnait le malade à une infirmité permanente ; et il rappelle que, dans un cas analogue, Desault ayant réduit le cubitus et maintenu la coaptation durant un mois, obtint une guérison complète.

Une seconde observation concerne une femme de 26 ans, affectée, depuis quatre mois, d'une luxation en arrière du cubitus gauche, survenue à la suite d'un rhumatisme aigu, sans aucune chute ni aucune violence extérieure. Les symptômes étaient les mêmes que dans le cas précédent ; seulement la main était en pronation, et la supination était impossible. Nous ne parlons pas de deux autres faits mentionnés en peu de lignes, de deux militaires qui avaient eu le cubitus luxé en arrière, par suite d'un coup de feu au poignet ; on ne saurait voir là des luxations simples.

M. Rognetta remarque que dans tous ces cas la tête et l'apophyse styloïde du cubitus avaient acquis un développement assez considérable; et il l'explique par ce fait général que tout os superficiel qui a perdu une partie des tissus qui le retenaient en place, s'hypertrophie plus ou moins. Il y a quelque chose de réel dans cette observation, quoi qu'il soit trop hardi peut-être de l'ériger en loi; et pour le premier fait de M. Rognetta, on pourrait demander, par exemple, si un os luxé depuis deux mois a déjà pu acquérir ce développement, et si l'observateur n'a pas été trompé, soit par le gonflement des parties molles, soit par la saillie naturelle de la tête cubitale, bien plus sensible dans la luxation que dans l'état normal.

La luxation *en avant* reconnaît pour cause, suivant M. Rognetta, une supination outrée de l'avant-bras, ou une chute sur l'éminence thénar. Nous répéterons ici que nous regardons cette dernière cause comme aussi douteuse pour la luxation en avant que pour celle en arrière; mais il en est une autre que M. Rognetta a omise et que nous avons signalée l'an dernier dans la Gazette médicale, à propos d'un fait intéressant qui s'offrit à la clinique de M. Dupuytren. Un gendarme était tombé avec son cheval; et tandis que sa main reposait à terre, en demi-supination et appuyée sur le bord cubital, la tête de l'animal, frappant sur le bord radial, avait déterminé la luxation du cubitus en avant. M. Rognetta ne connaissait que trois cas publiés de cette luxation, celui de Desault, celui de Boyer, et un autre de Palletta; en voilà donc au moins un quatrième; et l'on pourrait encore en citer quelques autres.

Sous le nom de luxation *en dedans*, M. Rognetta décrit le glissement de la petite tête du cubitus en dedans et un peu en avant; c'est-à-dire que cette partie de l'os quitte la cavité sigmoïde du radius pour s'arrêter sur le bord antérieur de cette cavité. C'est tout simplement, comme M. Malgaigne l'a fort bien expliqué, une luxation incomplète en avant; et nous ignorons pourquoi M. Rognetta n'admet la luxation incomplète que dans ce sens, car rien n'empêche qu'elle se fasse aussi bien en arrière. Du reste, cette luxation, soit en avant, soit en arrière, n'avait été observée qu'avec des complications; peut-elle aussi bien se produire à l'état simple? M. Rognetta répond à cette question par le fait suivant.

Obs. II. — Elisa Martinet, blanchisseuse, âgée de 21 ans, entra le 26 octobre 1833 à l'Hôtel-Dieu, pour une lésion du poignet datant de trois jours; elle raconta qu'en battant le linge à la rivière, elle s'était donné un *faux coup* au poignet avec un gros battoir en bois; elle avait senti immédiatement *claquer* quelque chose dans son poignet, et la main était restée impuissante et difforme. Le gonflement ne permit pas d'abord de préciser la nature de l'accident; mais après trois jours d'applications résolutives, voici ce qu'on discerna.

L'extrémité inférieure du cubitus fait évidemment une saillie en dedans du poignet et un peu en avant, c'est-à-dire qu'elle se présente sous la forme d'une noix sur le bord cubital du petit doigt. Cette tumeur est mobile sous l'impulsion alternative de deux doigts appliqués sur elle, quoique avec douleur. L'espace bistyloïdien est de 5 à 6 lignes plus large que l'autre. La supination est impossible; l'avant-bras reste dans la pronation complète. Les doigts sont étendus, leur flexion est impossible. Existence d'un léger enfoncement sur le côté dorsal du poignet, à l'endroit ordinaire de l'éminence styloïde du cubitus. Saillie légère du poignet en arrière; main tout entière portée du côté radial; cependant l'examen attentif des deux os de l'avant-bras ne fait découvrir aucune espèce de fracture. En embrassant de la main le poignet de manière que le radius appuyât sur la paume de la main, le pouce appliqué sur la tumeur et les quatre autres doigts sur la face dorsale de la partie malade, on pouvait, en pressant fortement ainsi la tumeur, la faire disparaître en grande partie et redonner momentanément à la main sa position de supination.

M. Rognetta diagnostiqua une luxation du cubitus en dedans. M. Dupuytren, qui avait présumé d'abord l'existence d'une fracture du radius, se rendit à ce diagnostic, et l'on songeait aux moyens propres à réduire la luxation, quand la femme déclara qu'elle existait depuis plusieurs années. L'avant-bras fut moulé en plâtre et la pièce est conservée dans le musée de l'Hôtel-Dieu.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas eu la curiosité de s'informer de la cause de ce déplacement; son observation en serait plus concluante. On n'a pas pu à la vérité découvrir de traces de fracture au radius; mais il faut noter qu'on ne cherchait que la fracture récente, dans la conviction où l'on était que l'accident datait de six jours. Pour nous, l'inclinaison de la main sur son bord radial est un phénomène inexplicable dans le cas de la luxation simple; si quelque déviation de ce genre devait se produire, ce serait plutôt l'inclinaison sur le côté cubital, puisque le cubitus déplacé ne retient plus le carpe comme il le faisait dans sa position normale. Nous inclinerions donc à croire qu'il s'agissait d'une ancienne fracture du radius consolidée avec raccourcissement de l'os et conservation de la saillie du cubitus qui la complique si souvent; le cas rentrerait alors dans ceux qui ont été décrits par J.-L. Petit, et récemment par M. Goyrand et M. Malgaigne.

M. Rognetta remarque que la pronation complète de la main, si elle était constante, différencierait complétement la luxation *en dedans* de la luxation *en avant*, dans laquelle l'avant-bras se trouve au contraire dans une supination forcée. Mais ce dernier signe n'est pas plus constant pour la luxation en avant que la pronation forcée pour la demi-luxation compliquant une fracture du radius. L'auteur pense aussi que le déplacement dans ce cas a dû s'opérer dans l'acte d'une pronation forcée, ce qui s'accorde assez peu avec la production de la luxation complète par la supination; aussi ajoute-t-il qu'il faut admettre une direction toute spéciale de la force luxante, chose qu'on ne peut nier ni admettre, puisque nous ignorons comment s'est fait le déplacement.

II. *Luxations compliquées du cubitus.* Ces luxations compliquées sont de deux sortes; ou bien il n'y a qu'une simple fracture du radius, ou bien le cubitus luxé sort par une plaie des tégumens. M. Rognetta examine à part le cas où l'os ferait saillie à travers les tégumens sans complication de fracture; nous ne croyons pas qu'un tel accident ait été observé, et il nous est même difficile d'en comprendre la possibilité. Il cite bien un cas où un individu ayant eu l'a-

vant-bras pris entre un mur et une voiture qui menaçait de l'écraser, s'était luxé l'extrémité inférieure du cubitus; mais cette extrémité luxée était en même temps séparée de l'os par une fracture, ce qui est tout-à-fait différent; et les autres observations mentionnées dans la discussion ont toutes rapport à des luxations cubitales compliquées de fracture du radius. A ce propos une grave question à été soulevée par M. Malgaigne, savoir : s'il vaut mieux amputer l'avant-bras ou réséquer le cubitus dans les cas qui ne sauraient guérir sans opération. M. Malgaigne pense qu'alors il ne faut recourir à la résection qu'avec une extrême réserve; et en effet, dans le petit nombre de faits qu'il a recueillis, la résection avait laissé au malade une main inutile, douloureuse et gênante; ou bien il avait fallu recourir à l'amputation plus tard, ou enfin la mort même était survenue. M. Rognetta est d'avis opposé, la résection selon lui est bien préférable; et il cite à l'appui son fait de luxation du cubitus avec fracture, dans laquelle on n'eut qu'à extraire le fragment constitué par la tête de l'os. Il est évident qu'il s'agit de deux choses bien différentes; et dans des cas aussi simples, M. Malgaigne conseille même de ne pratiquer ni résection, ni amputation. Il ne les croit applicables qu'aux cas très graves, comme était cette fracture comminutive du radius avec issue du cubitus, pour laquelle M. Breschet fit la résection de ce dernier os. M. Rognetta avoue lui-même que dans un semblable désordre l'amputation seule était indiquée, et en effet M. Breschet l'avait proposée d'abord. Mais on voit qu'alors la dissidence s'efface beaucoup, et que M. Rognetta revient assez nettement à la doctrine de M. Malgaigne, professée d'ailleurs dans l'antiquité par Hippocrate, et à notre époque par M. Dupuytren. Restent les circonstances moins graves où M. Rognetta semble indiquer encore la résection; mais nous croyons qu'il est plus sage de tenter simplement la réduction.

N° DU 13.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

Mémoire pour servir à l'histoire du céphalœmatome, ou tumeur sanguine sous-péricranienne chez les enfans nouveau-nés; par M. VALLEIX, interne des hopitaux.

Les tumeurs sanguines ayant leur siége sous le péricrâne chez les enfans nouveau-nés et nommées par Naegele et Zeller céphalœmatomes, constituent une maladie fort peu étudiée en France. Plusieurs auteurs, tels que Mauriceau, Desault et Chopart, Baudelocque, etc., en ont fait mention. Baudelocque surtout les a fort bien distinguées des tumeurs œdémateuses et des ecchymoses, en leur assignant leur véritable siége sous le péricrâne, et en signalant la difficulté de leur résolution; mais ce ne sont là que de simples indications, sans description exacte, ni des signes de la maladie, ni de l'altération des tissus. En Italie Paletta, après Petro Moscato, qu'il cite comme autorité, en a fait une étude plus particulière. Mais c'est surtout en Allemagne que les travaux sur cette matière se sont multipliés. Un grand nombre d'auteurs en ont fait le sujet de dissertations, de mémoires, d'articles de journaux et de dictionnaires. On est frappé en lisant ces productions de la divergence des opinions qui y sont professées et de la multitude des assertions diverses qu'on y rencontre sur différens points de la question. L'étonnement cesse quand on voit le peu de soin avec lequel les dissections ont été faites et surtout décrites. La plupart des auteurs se bornent par exemple à avancer qu'ils ont trouvé l'os *corrodé, nécrosé*, ou bien *sain, lisse, poli, couvert d'une membrane* ou *entièrement mis à nu*, sans nous dire quels sont les moyens qu'ils ont mis en usage pour s'en assurer et pour éviter les erreurs que peut entraîner un examen superficiel. C'est au point que M. Velpeau, frappé du peu de précision des faits rapportés et de l'incertitude de ces opinions opposées, avait peine à croire à l'existence de cette maladie. Il supposait qu'il y avait confusion et que ces tumeurs ont leur siége, non sous le péricrâne mais entre cette membrane et l'aponévrose, comme il avait eu occasion de le voir. Il faut convenir que l'incrédulité était permise à qui, n'ayant vu aucun fait de ce genre, ne trouvait dans les auteurs que des assertions appuyées sur des recherches anatomiques mal présentées, et par conséquent contestables. Ce n'est pas toutefois que cet auteur nie la possibilité de cette affection, puisqu'il la signale dans plusieurs passages de son mémoire; mais il la croit au moins plus rare que certains pathologistes allemands ne semblent l'admettre.

M. Pigné, dans un mémoire publié dans le Journal hebdomadaire, a traité le sujet à fond, mais comme il n'avait guère d'autres matériaux que ceux qu'il avait puisés dans les ouvrages allemands, il n'a pu jeter aucune lumière sur les points litigieux; et les opinions qu'il émet ne sont que des hypothèses à l'appui desquelles il ne peut citer aucun fait particulier.

M. Paul Dubois, auteur de l'article *céphalœmatome* du Dictionnaire de médecine, nous dit qu'il a vu plusieurs cas de cette maladie; mais il n'en décrit aucun, pas même ceux qui lui ont fourni l'occasion de se livrer à l'examen cadavérique, et qui auraient pu jeter quelque jour sur son sujet.

D'après ces considérations je crois devoir publier avec soin deux cas de céphalœmatomes que j'ai observés attentivement à l'hospice des Enfans-Trouvés. Je pense qu'ils seront de quelque utilité, surtout sous le rapport anatomique, et ce motif fera sans doute excuser la longueur et les détails minutieux des deux observations qu'on va lire.

1re OBSERVATION.

Un enfant du sexe masculin, d'un volume ordinaire, robuste, nommé Camusat (Henri Ferdinand), fut apporté à la crèche le 1er août 1834, jour de sa naissance. Il ne fut envoyé à l'infirmerie (service de M. Thévenot, n° 22) que le 3 août, pour quelques pustules sur diverses parties du corps, et une tumeur siégeant à la partie droite de la tête. Des renseignemens pris à la crèche nous apprirent que la tumeur avait acquis tout son volume à l'arrivée de l'enfant. Elle était située à la partie postérieure et supérieure du pariétal droit, un peu au-dessus et en arrière de la bosse pariétale. Elle

était arrondie, molle, rénitente, sans changement de couleur à la peau, et présentait une fluctuation manifeste. Son volume égalait celui d'un œuf d'oie. Le doigt promené autour de sa base sentait un rebord circulaire, saillant, et l'on aurait cru que le pariétal se trouvait perforé dans ce point. Mais en glissant le doigt au-dessous de la tumeur et au-delà du cercle osseux, on retrouvait le plan pariétal ferme et solide. Une pression forte et prolongée ne produisait aucun accident du côté du cerveau, on ne sentait aucun battement, et l'enfant ne donnait aucun signe de douleur pendant ces explorations. Il était bien éveillé, et son état général était assez bon. On prescrivit des fomentations vineuses et aromatiques sur la tumeur, et l'on mit le malade au lait coupé et à la crême de riz.

Le 4. Rien n'est changé dans la tumeur.

Le 5. Même état de la tumeur. La bouche rougit, les lèvres sont sèches et gercées, la face pâle; il y a de la diarrhée.

Les jours suivans le ventre devient douloureux, la face exprime la souffrance, le cri est faible et plaintif, la diarrhée continue. On a ordonné des lavemens amidonés et laudanisés, du riz gommé, etc.; les fomentations sur la tumeur ont été continuées sans qu'on puisse découvrir le moindre changement ni dans son volume ni dans aucun de ses caractères.

Le 10. L'état général s'étant encore aggravé, et les fomentations ne produisant aucun résultat, on les suspend pour ne plus s'occuper que de l'entérite; mais le mal va toujours en empirant, et l'enfant meurt le 13 août, à 10 heures du matin, avec sa tumeur dans le même état apparent que le jour de son entrée.

AUTOPSIE.

La peau qui recouvrait la tumeur ayant été incisée crucialement et avec précaution, je mis l'aponévrose à nu. Celle-ci, parfaitement intacte, fut divisée de la même manière, et le péricrâne parut à découvert. Il était détaché de l'os, et s'élevait d'environ dix lignes au-dessus de lui. Il paraissait d'une couleur brunâtre, effet de sa transparence qui permettait de voir le liquide sous-jacent. Une ponction donna issue à environ deux onces et demie d'un liquide sanieux, sans odeur, d'un rouge sale mêlé de stries blanchâtres. Ayant mis à nu la portion du pariétal qui formait la base de la tumeur, je la trouvai recouverte d'une couche membraneuse de la même couleur que le liquide, s'enlevant avec facilité, et ne pouvant pas former de lambeau dans la plus grande partie de son étendue. Dans un seul point de la grandeur d'une pièce de 20 sous, au-dessus de la bosse pariétale, cette membrane était plus rouge, plus adhérente, et formait de petits lambeaux. En la détachant lentement, on voyait des filamens déliés qui l'unissaient au pariétal et qui se rompaient peu-à-peu par la traction. Dans ce même point l'os était rugueux, rouge et *saillant*; il offrait une plaque irrégulière. La face inférieure du péricrâne était lisse et douce au toucher: il paraissait un peu épaissi et légèrement rouge; il adhérait assez fortement à une *saillie* osseuse, circulaire, étroite, qui circonscrivait la base de la tumeur. Je rompis ces adhérences; la saillie osseuse resta fixée à l'os, et le péricrâne n'offrit dans ce point aucune trace d'altération. Je vis alors distinctement que ce qu'on appelait cercle osseux était ici un véritable bourrelet, production morbide développée sur le pariétal. Il était circulaire, élevé de près d'une ligne, passant au-devant de la bosse pariétale, qui se trouvait ainsi comprise dans la base de la tumeur, et le long de la suture sagittale, dont il n'était éloigné que d'une ligne, moins saillant en arrière le long de la suture lambdoïde, dont il s'éloignait en bas. Il était rouge, rugueux, triangulaire, et adhérait par sa base à l'os. Une de ses faces tournée vers la tumeur était couverte par la membrane que j'ai décrite; l'autre tournée en dehors, plus oblique, fournissait des points d'insertion au péricrâne, plus adhérent dans ce point que dans les autres parties de la tête. Enfin, vers son sommet, la membrane venait s'implanter sur le pourtour du péricrâne, de sorte qu'on voyait en ce point deux feuillets membraneux qui se séparaient; l'un mou, sans consistance, allait tapisser l'os, l'autre ferme et résistant allait former la partie supérieure de la poche sanguine. La table externe de l'os n'était nullement détruite; le pariétal dur, se laissant difficilement pénétrer par la pointe du scalpel, était parfaitement ossifié. On ne remarquait aucune dépression dans la portion qui correspondait à la tumeur, et le sommet du *bourrelet osseux* s'élevait autant au-dessus des parties non comprises dans la tumeur, que de celles qui formaient sa base.

Des traces d'inflammation dans les intestins indiquèrent la cause de la mort.

IIe OBSERVATION.

Lurat (Charles-François), du sexe masculin, né le 30 juillet 1834, fut apporté le lendemain à la crèche, où il resta jusqu'au 6 août, sans que l'on remarquât la tumeur qu'il portait à la tête. On le fit passer à l'infirmerie (service de M. Thévenot, n° 27) pour quelques pustules qui s'étaient montrées au cou et au front. Je vis l'enfant le jour même, et je reconnus qu'il portait au côté droit de la tête, vers la partie supérieure et postérieure du pariétal, une tumeur grosse comme plus de la moitié du poing, élevée de plus d'un pouce, et dont la base, limitée par la réunion des sutures sagittale et lambdoïde, descendait très-bas vers l'oreille, et couvrait la presque totalité du pariétal. Elle donnait à la tête une forme très-allongée; elle était, comme la précédente, molle et rénitente; sa fluctuation était plus obscure; la peau n'avait pas changé de couleur. Le cercle osseux était à peine sensible antérieurement, et pas du tout du côté de l'oreille; en arrière on le sentait, mais moins bien que dans l'observation précédente; on pouvait néanmoins le distinguer des sutures, dont il était très-peu distant. En glissant le doigt au-dessous de la tumeur, on sentait assez loin le plan résistant du pariétal.

Des fomentations aromatiques et pour régime le lait coupé et la crême de riz, furent les seules prescriptions.

Le lendemain rien n'était changé dans la tumeur, l'état général était bon, l'enfant paraissait assez robuste; ses pustules, qui n'avaient point de caractère syphilitique bien tranché, n'inspiraient aucune crainte. Mêmes prescriptions.

Le 10. Le malade fut pris, comme le précédent, d'une

entérite dont il fut également impossible d'arrêter les progrès, et succomba le 15 août.

La tumeur, examinée tous les jours, était constamment restée dans le même état.

AUTOPSIE.

Une incision cruciale fut pratiquée sur la tumeur : elle divisa la peau et l'aponévrose. Les lambeaux ayant été disséqués, il fut facile de s'assurer que l'aponévrose était restée attachée à la peau. Celle-ci avait en effet l'aspect lisse et poli, et on en détachait facilement des lambeaux membraneux. Le péricrâne était fortement soulevé ; il paraissait d'une couleur noirâtre. Je pratiquai une ponction avec le scalpel, mais le sang était tellement coagulé, qu'une forte pression ne put en faire sortir qu'une petite quantité par cette ouverture. Il fallut fendre le péricrâne, et j'eus encore de la peine à débarrasser la poche sanguine des caillots consistans qu'elle renfermait. Il y en avait environ trois onces et demie ; ils n'exhalaient aucune odeur. La bosse pariétale formait à peu près le centre de la tumeur. Cet os était recouvert par une membrane à la face supérieure de laquelle les couches inférieures du sang coagulé s'étaient si bien unies, qu'il était difficile de l'en débarrasser. Elle était dans différens points unie à l'os par de petits filamens qui se rompaient facilement par la traction. Elle avait l'apparence celluleuse, et son organisation paraissait d'autant plus évidente, qu'on se rapprochait davantage du contour de la tumeur. Dans les points où elle adhérait le plus au pariétal, cet os était couvert de petites végétations osseuses rouges, *saillantes*, qui, par leur agglomération, formaient plusieurs plaques rugueuses. Le péricrâne était très-adhérent au bourrelet osseux, qui formait en arrière une saillie très-sensible, mais moins forte que dans le cas précédent ; en avant on ne trouvait qu'une ligne formée par des granulations osseuses peu élevées, et du côté de l'oreille ce n'était qu'une trace légère difficile à distinguer. Ce bourrelet s'avançait jusqu'au point de réunion des sutures sagittale et lambdoïde, qui paraissaient avoir borné l'extension de la tumeur. Il était moins régulièrement triangulaire que celui que j'ai décrit dans la première observation ; et dans sa partie postérieure où ses caractères étaient le plus tranchés, on voyait que sa face tournée vers l'intérieur de la poche sanguine était beaucoup plus perpendiculaire à l'os, que l'autre qui se perdait en mourant du côté de la partie saine du crâne. Mais le plus léger examen faisait voir que son sommet s'élevait autant au-dessus des parties de l'os non comprises dans la tumeur, que de celles qui s'y trouvaient renfermées ; et une ligne de démarcation bien tranchée existait entre ce bourrelet et le reste du pariétal. Le péricrâne détaché n'offrait aucune trace d'ossification. L'os présentait sa courbure naturelle ; la bosse pariétale était bien saillante ; il n'y avait aucune espèce de dépression. La table externe avait son aspect naturel, excepté dans les points où l'on trouvait les plaques saillantes dont j'ai parlé. L'ossification était aussi complète que du côté opposé.

On trouva des traces d'inflammation dans les intestins.

Voilà deux cas de céphalœmatomes dans lesquels la tumeur existait sur le pariétal droit. Tous les auteurs ont remarqué la tendance qu'avait cette maladie à se montrer dans cet endroit.

L'attention minutieuse que j'ai apportée à la dissection de ces tumeurs avait pour but de lever tous les doutes sur leur siége, et d'examiner avec soin l'état des parties affectées. J'ai reconnu facilement que le sang était épanché sous le péricrâne, comme l'avaient avancé les auteurs, et ma description ne peut laisser aucune incertitude sur ce fait. Quant à l'anatomie pathologique, je suis loin de me trouver d'accord avec les observateurs qui ont traité ce sujet. Avant de discuter les points sur lesquels je suis en opposition avec eux, je dirai un mot sur la formation de ces tumeurs et sur leur diagnostic.

C'est vainement que j'ai demandé à la crèche des renseignemens sur la naissance des deux enfans. Ils ne venaient pas de la maison d'accouchement, seul lieu où il eût été possible d'en avoir. Le premier est arrivé à la Crèche le jour même de sa naissance, et, au dire des personnes qui l'ont reçu et qui ont aussitôt découvert sa tumeur, elle avait déjà acquis tout son développement ; ce qui prouve que, si elle n'existait pas avant la naissance, elle s'est développée très-rapidement. On n'y sentait déjà aucun battement. Le second avait au-dessus de l'oreille droite une petite ecchymose qui n'annonçait pas une contusion assez forte pour occasioner un dépôt sanguin aussi considérable.

Le diagnostic étant le point sur lequel on s'est le plus appesanti, est aussi dans les ouvrages allemands celui qui laisse le moins à désirer. Je ferai cependant quelques observations à l'égard du *bourrelet osseux*. Michaëlis avait annoncé qu'il le regardait comme le signe pathognomonique de ces tumeurs. Il fut combattu par Zeller, Nægele, etc. Ces auteurs objectent qu'ils ont vu souvent ce bourrelet manquer ; que dans les contusions de la tête, les bosses, molles et fluctuantes dans leur centre, sont entourées également d'un anneau induré ; qu'il faudrait, pour que ce cercle osseux fût toujours sensible, que la table externe de l'os fût toujours détruite ou l'os lui-même fortement déprimé, ce qui n'est pas.

A cela on peut répondre qu'il n'est pas nécessaire que l'os soit déprimé ou sa table externe détruite, pour donner la sensation d'un cercle osseux, puisque les autopsies nous démontrent un *bourrelet saillant* sur le pariétal ; que si l'on confondait ce bourrelet avec le cercle induré qui entoure les tumeurs fluctuantes du crâne, et qui n'est formé que par l'engorgement et l'élévation des parties molles environnantes, c'est parce qu'on n'aurait pas songé à la différence qui doit exister entre cet anneau plus ou moins volumineux, douloureux, et dont la dureté diminue peu à peu vers sa circonférence, avec une saillie étroite, peu élevée, brusque, et ordinairement en disproportion avec le volume de la tumeur. La seule objection valable est que ce bourrelet n'existe pas toujours ; s'il en était autrement, l'opinion de Michaëlis me paraîtrait fondée.

Un moyen fort simple d'éviter l'erreur où sont tombés Ledran, Corvinus et plus récemment M. Gageon, consiste à pousser le doigt au-delà de cette saillie osseuse en déprimant fortement la tumeur et à reconnaître ainsi la continuation du pariétal, qui n'a subi aucune perte de substance.

Il me paraît difficile que la tumeur soit assez pleine et tendue pour que ce moyen, indiqué dans les ouvrages de chirurgie pour explorer l'état des os dans les bosses sanguines de la tête, ne puisse pas être mis en usage. Je ne doute pas que si les auteurs que je viens de citer l'avaient employé, ils n'eussent écarté aussitôt l'idée d'un encéphalocèle.

J'ai dit que les auteurs étaient loin d'être d'accord sur l'état des diverses parties qui forment la poche sanguine. Ainsi Palletta a toujours trouvé une fausse membrane blanche, *gélatineuse*, recouvrant le pariétal, dont la table externe était détruite, et dont le diploë mis à nu laissait apercevoir une multitude de vaisseaux qui, selon lui, avaient fourni le sang épanché. Nægele, Zeller, Hære, au contraire, assurent qu'ils n'ont presque jamais trouvé cette altération de l'os et ne font pas mention de la membrane gélatineuse. Je ne nierai pas que la table externe du pariétal puisse s'altérer dans le cours de cette maladie. C'est un fait attesté, non-seulement par Palletta et Michaëlis, mais encore par Osiander, Nægele, Zeller, qui en cite quelques exemples; Hære, qui en a produit deux dessins à la fin de sa dissertation; Dieffenbach, qui attribue la destruction de l'os à une nécrose; mais on a lieu d'être surpris qu'une pareille altération du pariétal soit recouverte d'une membrane *blanche gélatineuse*. Que cette altération soit due à une nécrose ou à une carie, l'os aurait pu se recouvrir de bourgeons, un séquestre se former; mais l'existence d'une pareille membrane dans un pareil cas serait une particularité nouvelle dans la science.

W. Stein a vu le fond de la tumeur couvert d'une toile celluleuse et le pariétal proéminent en ce point-là. On voit combien son observation a de rapport avec les miennes, où j'ai également remarqué une membrane qui, dans le second cas, avait l'aspect celluleux, et où j'ai trouvé des plaques saillantes sur l'os.

Ces faits sont en opposition avec cette hypothèse de Zeller, admise par M. Pigné pour expliquer la formation du cercle osseux; qu'une portion du pariétal pouvait être déprimée par le sang accumulé et arrêtée dans son développement, ce qui permettrait aux autres parties de l'os de s'accroître au-dessus de son niveau et de produire ainsi un rebord saillant. La description du *bourrelet osseux* suffit pour détruire cette hypothèse.

Quant à la nature même de la membrane que j'ai trouvée, je n'en peux rien dire de bien positif, et ce point trop négligé demande de nouvelles observations. Dans le premier cas, nous voyons une membrane épaisse, presque diffluente dans une grande partie de son étendue, et de la même couleur que le liquide épanché; plus rouge et plus consistante dans un autre point, mais ayant les caractères d'une fausse membrane de nouvelle formation. Dans le second cas, au contraire, la membrane est presque blanche, mince, résistante et d'apparence celluleuse. M. Velpeau, à qui j'ai montré cette seconde pièce, se fondant sur ces caractères et sur ce que les signes d'organisation augmentaient à mesure qu'on s'approchait de l'insertion du péricrâne au pourtour de la tumeur, a pensé qu'elle pouvait n'être autre chose qu'une couche du tissu cellulaire qui unit le péricrâne à l'os, et que le contact du liquide avait altérée dans son centre. Si les choses étaient différentes dans le premier cas, cela dépendait de l'inflammation qui s'était manifestée dans la tumeur, et qui avait atteint cette couche membraneuse. Pour éclaircir ce fait, j'ai arraché une portion du péricrâne sur plusieurs endroits sains de la tête, et j'ai toujours vu qu'il restait une lame de tissu cellulaire sur l'os. Quelque imparfaite que soit cette expérience, elle doit engager à faire des recherches exactes sur ce point d'anatomie pathologique. Ce fait seul prouverait, s'il était démontré, que la maladie ne dépend pas d'une altération de l'os; il ferait même supposer que le péricrâne a dû être décollé par une cause quelconque avant l'épanchement du sang; car, comment concevoir un suintement sanguin venant de l'os malade ou mal ossifié, qui soulèverait le péricrâne sans détruire cette couche celluleuse?

J'ignore ce qui serait arrivé à l'os dans les deux cas que je rapporte, si la maladie avait eu une plus longue durée et surtout si un séton eût été passé à la manière de Palletta; ou une incision pratiquée comme le veut Zeller. Il est possible que l'inflammation et la suppuration eussent altéré le tissu osseux, et montré à l'autopsie le pariétal dans l'état décrit par Palletta et Michaëlis; mais il me paraît évident que ces auteurs ont pris l'effet pour la cause.

Zeller, Hœre, etc., au contraire, prétendent avoir presque toujours trouvé l'os lisse et poli. Je ferai observer que dans presque tous les cas cités dans leurs dissertations, on voit qu'ils ne l'ont examiné que sur le vivant après une incision curatrice, et qu'ils peuvent souvent avoir été induits en erreur par la membrane qui les empêchait de sentir les saillies rugueuses que j'ai décrites. Je remarque en outre que les observateurs qui ont eu occasion d'examiner la tête des enfans long-temps après la disparition de leurs tumeurs, s'accordent à dire que le point où avait existé la maladie était plus saillant que les parties voisines. Tels sont Becker, Hœre lui-même, Stein, déjà cité, et M. Gageon. Cela s'explique très-bien par la production des *plaques saillantes* dont j'ai parlé, qui, augmentant peu à peu et se réunissant au *bourrelet*, doivent former une bosse difficile à disparaître comme toutes les productions osseuses.

Le péricrâne soulevé m'a paru un peu épaissi sans autre altération. Cette remarque avait été faite par Dieffenbach. Je n'ai vu dans cette membrane aucune tendance à passer à l'état osseux, comme dans le cas cité par Chelius. Il m'a été facile de la détacher du bourrelet osseux et de la suivre au-delà pour comparer la portion soulevée par le sang avec celle qui était restée adhérente. Je n'y ai pas vu de différence notable; la première était lisse et polie en dessous, effet de son contact avec le liquide qu'elle contenait, tandis que l'autre présentait des filamens du tissu cellulaire qui l'unissait au crâne. J'ai mis ainsi à nu le bourrelet osseux qui appartenait entièrement à l'os et n'avait que des adhérences avec le péricrâne. Je ne saurais en conséquence partager l'opinion de M. P. Dubois, qui regarde le cercle osseux comme formé par *l'induration ou un commencement d'ossification du périoste soulevé qui forme le contour de la tumeur*. M. Dubois assure qu'il l'a trouvé ainsi. Il est à regretter qu'il n'ait pas décrit les cas où il a rencontré cet état du péricâne si opposé à ce que j'ai vu. M. Dubois s'appuie sur l'observation de Chelius et sur des faits cités par Schmitt, Nægele et M. Gageon; le cas rapporté par Chelius est le seul

où l'on trouve des signes positifs d'ossification du péricrâne. Dans les autres, celui que rapporte M. Gageon, par exemple, on ne trouve rien de semblable. Il n'y est question que d'une saillie pariétale qui a persisté après la guérison, et qui trouve son explication dans l'existence des plaques osseuses que j'ai observées sur cet os.

Ainsi le bourrelet osseux n'est dû ni à l'induration, ni à l'ossification, du périoste. Cette membrane contribue-t-elle à sa production? tout porte à le croire, puisque c'est dans les points où elle est adhérente que ce bourrelet est formé et que la matière osseuse développée sur le pariétal est le plus abondante.

Si l'on trouve en d'autres points des saillies, des granulations semblables, ne serait-ce pas un motif de plus pour supposer que la membrane qui les recouvre est une couche de tissu cellulaire laissée par le péricrâne et qui remplit à leur égard le même rôle que celui-ci à l'égard du bourrelet osseux?

J'insiste sur ce bourrelet, appelé tantôt marge osseuse (Palletta), tantôt cercle osseux (Zeller, Nægele, Hœre) : 1° parce qu'il me paraît dans le plus grand nombre des cas avoir été mal observé, puisqu'on a été obligé d'admettre pour son explication, ou la destruction de la table externe de l'os, ou sa dépression et son arrêt de développement à l'endroit de la tumeur; 2° parce que, malgré l'assertion de Zeller et de Hœre, qui prétendent l'avoir vu souvent manquer, je remarque que dans toutes les observations propres à Zeller, et dans un grand nombre de celles qui ont été communiquées, il est fait mention du cercle osseux et qu'il en est de même dans celles de Hœre; 3° enfin, parce que ce bourrelet osseux, saillant, production morbide développée sur l'os, ne peut exister dans les tumeurs sanguines que lorsqu'elles ont leur siége sous le péricrâne.

Becker a avancé que ce bourrelet osseux était d'autant plus développé que la tumeur était plus volumineuse, et que l'enfant la portait depuis plus long-temps. Nous voyons le contraire dans les deux faits que je rapporte. Le second nous offre une tumeur énorme chez un enfant né deux jours plus tôt, et qui n'offrait qu'un bourrelet très-étroit, peu élevé et presque nul en plusieurs points. Le travail inflammatoire qui s'est déclaré dans le premier cas n'aurait-il pas favorisé la production de la matière osseuse?

Mon intention n'étant pas de grossir le nombre des hypothèses émises par les auteurs sur les causes de l'épanchement sanguin, des battemens dans la tumeur, etc., je m'arrête où les données positives me manquent. Ce travail n'a eu pour but que d'exposer avec exactitude les faits tels que je les ai vus, avec les réflexions qu'ils m'ont fait naître, et j'espère que sous ce rapport il pourra servir utilement à l'histoire d'une maladie faite pour exciter la curiosité des observateurs français.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes de l'aorte; par M. LITTRÉ.

Les valvules du cœur ont, comme on sait, pour usage de fermer les orifices du cœur et d'empêcher le reflux du sang dans la cavité d'où il sort. Ainsi, les valvules auriculo-ventriculaires empêchent que le sang ne rentre dans l'oreillette pendant la systole des ventricules, et les valvules sigmoïdes, qu'il ne reflue de l'artère dans le ventricule pendant la diastole.

Différentes lésions anatomiques peuvent mettre obstacle à l'exact accomplissement de cet office; il en résulte ce que l'on a désigné dans ces derniers temps par le nom d'*insuffisance*. Les valvules ne suffisent plus à jouer le rôle de soupape, et le sang reflue. M. Corrigan a donné les signes caractéristiques de cet état par les valvules sigmoïdes de l'aorte; M. Hope, dans son excellent *Traité des maladies du cœur*, pour les valvules auriculo-ventriculaires. Je vais essayer de rapprocher l'un de l'autre ces deux états. Ce rapprochement fera mieux concevoir les bases du diagnostic des lésions qui affectent les valvules et les orifices du cœur.

Mon ami, M. Aristide Guyot, a consacré sa thèse, à l'étude de l'insuffisance des valvules de l'aorte. Il y rapporte avec beaucoup de détail une observation (observation n° 1) fort intéressante, où l'on trouva à l'autopsie cadavérique les valvules dans l'impossibilité de fermer exactement l'orifice aortique. Ce fait est fort important; mais il est le seul dans lequel la nécropsie ait permis de vérifier l'état des parties. Pour mettre le rapport des lésions aux symptômes hors de toute contestation, il faut plusieurs faits analogues. En voici un qui vient prendre sa place à côté de celui de M. Guyot, et confirmer les déductions que ce médecin en a tirées.

Il y a eu pendant plusieurs mois dans le service de M. Rayer, hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 17, un homme d'environ 40 ans qui présentait les symptômes suivans.

Si l'on applique le stéthoscope sur la région précordiale, on entend un fort bruit de soufflet. Ce bruit remplace le *second bruit du cœur*. Le premier s'entend et paraît naturel.

Tout le long de l'aorte, on entend aussi un bruit de soufflet qui répond aussi *au second temps* ou à la diastole des ventricules.

Si l'on abandonne la région précordiale et l'aorte, et qu'on ausculte le *côté gauche du thorax* sous la clavicule, ou plus bas à gauche du téton, on entend encore au second temps un bruit de soufflet, quoique affaibli.

Si, au contraire, on porte le stéthoscope sur le côté droit du thorax, sous la clavicule, ou quatre à cinq travers de doigt à droite du bord droit du sternum, on entend un *tictac naturel*, sans mélange de bruit de soufflet.

La région précordiale percutée rend un son mat dans une grande étendue.

Le pouls est fort, plein, développé. Les pulsations des

artères radiales et brachiales sont parfaitement visibles ; il en est de même de celles des carotides.

D'après cet ensemble de signes, M. Rayer pensa.

1° Que le cœur, et surtout le ventricule gauche, étaient hypertrophiés ;

2° Que la moitié droite du cœur n'avait aucune altération, ni dans ses orifices, ni dans ses valvules ;

3° Qu'il y avait une lésion telle des valvules sigmoïdes de l'aorte, que le sang refluait du vaisseau dans le ventricule pendant la diastole ; en d'autres termes, qu'il y avait insuffisance des valvules aortiques.

Cet ensemble de signes est exactement celui qui a été donné par M. Guyot dans sa thèse, comme pourront s'en convaincre les lecteurs de la Gazette Médicale.

Le pouls resta constamment fort et plein, et le seul changement qu'offrirent les signes stéthoscopique chez ce malade, c'est que le premier bruit devint extrêmement court. On n'entendait plus vers la fin de la vie qu'un battement très-bref suivi d'un souffle ; mais dans l'aorte le bruit de soufflet fut toujours reconnu d'une manière très-distincte au second temps.

De l'examen du corps, dans lequel on trouva plusieurs altérations curieuses, je ne rapporterai que les particularités relatives au cœur. Le péricarde ouvert, on aperçut une très-considérable hypertrophie de tout le cœur et surtout du ventricule gauche. Cet organe fut enlevé avec l'aorte, l'on versa de l'eau dans ce vaisseau, après avoir préalablement ouvert la pointe du ventricule gauche. L'eau s'écoula par cette ouverture ; l'expérience répétée à plusieurs reprises donna toujours le même résultat.

Alors on ouvrit l'aorte pour voir en quoi consistait *cette insuffisance* des valvulves. On reconnut que les trois valvules sigmoïdes de l'aorte étaient changées en cartilage dans tout leur bord libre, qui de concave était devenu rectiligne. Cette altération était surtout remarquable sur l'une des valvulves, où le cartilage occupait le bord et une portion de l'espace moyen, de sorte que cette valvulve était appliquée contre la paroi du vaisseau et ne pouvait s'avancer vers le centre de l'aorte. Le sang refluait dans le ventricule gauche, et produisait en repassant par l'orifice aortique le bruit de souffle que l'on entendait à la place du second bruit.

Ces curieux phénomènes rentrent parfaitement dans la loi de production des sons morbides qui s'engendrent dans le cœur. Ces bruits, comme on sait, dépendent de plusieurs causes ; mais la plus constante est une certaine disproportion n'est jamais plus manifeste que lorsqu'il y a rétrécissement, c'est aussi dans les cas de coarctation que ces bruits entre les cavités et les orifices ; or, comme cette disproportion morbides se font entendre. Cela est un résultat non de la théorie, mais de l'observation. Rétrécissement d'un orifice et bruit modifié de diverses matières, ce sont là deux faits corrélatifs qui marchent toujours l'un avec l'autre.

Mais à le bien entendre, une insuffisance des valvulves n'est pas autre chose qu'un rétrécissement placé, si je puis ainsi dire, en sens inverse du cours du sang ; car les valvulles en s'abaissant rendent plus étroit ce vaisseau, sans en fermer l'orifice, et forment de la sorte une vraie coarctation. Seulement les phénomènes seront alors opposés à ce qu'ils sont dans les cas où l'orifice lui-même est rétréci sans insuffisance valvulaire. Les valvules aortiques insuffisantes rendent le passage étroit au sang, mais c'est dans son retour, durant la diastole, durant le second bruit, tandis que le rétrécissement de l'orifice aortique gêne le cours de ce liquide pendant la systole, pendant le premier bruit. La valvule mitrale insuffisante, permettant le reflux du sang dans l'oreillette, rend le passage auriculo-ventriculaire étroit pendant la systole, pendant le premier bruit, tandis qu'un rétrécissement de l'orifice mitral gêne le cours du liquide pendant la diastole, pendant le second bruit.

Tout est donc opposé entre les insuffisances des valvulves et les rétrécissemens des orifices. Mais ces observations donnent une confirmation nouvelle à la loi que des passages rétrécis produisent des bruits altérés. Car en dernière analyse, l'insuffisance d'un appareil valvulaire a réellement pour effet de rétrécir les orifices, mais de les rétrécir pour le retour et le reflux du sang.

Comme les faits d'insuffisance de la valvule mitrale sont une confirmation directe de ce qui vient d'être dit plus haut, j'emprunte à l'ouvrage de M. Hope sur les *maladies du cœur* un cas très-caractérisé et qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur.

Obs. — Elisabeth Dennis, âgée d'environ 50 ans, amaigrie, fut admise dans l'hôpital St-George, service du docteur Clarke, le 8 décembre 1830. Elle était affectée de tous les symptômes d'une maladie organique du cœur dans leur forme la plus grave. Un *bruit de soufflet* accompagnait le *premier bruit* dans la région de l'oreillette gauche, et non dans celle des valvules aortiques. Impulsion forte ; pouls irrégulier, inégal, extrêmement faible.

Diagnostic. Hypertrophie et dilatation S'il n'y a pas du maladie des valvules aortiques, le bruit de soufflet est dû au reflux du sang par l'orifice auriculo-ventriculaire-gauche.

Autopsie faite en présence du docteur Clarke, de M. Howship, de M. Syme, chirurgien interne. Hypertrophie et dilatation du cœur. Toutes les valvules sont saines, excepté la mitrale, dont le bord libre est épaissi par un fibro-cartilage, et dont les cordons tendineux sont tellement raccourcis, qu'ils ne permettent pas l'application de la valvule sur l'orifice. On estima que l'espace laissé vide aurait pu recevoir le bout du doigt, et c'est par cet espace que se faisait le reflux du sang. (Hope, *A treatise on the diseases of the heart ;* 1832, obs. 19, p. 584.)

« Ce cas, ajoute M. Hope, prouve, je pense, sans réplique, que le reflux à travers un orifice auriculo-ventriculaire occasione un murmure dans le premier temps. » M. Hope a fait remarquer avec raison, dans le diagnostic qu'il avait porté, que le bruit de souffle au premier temps aurait pu être également produit par un rétrécissement de l'orifice aortique. Cela est vrai, et je puis ajouter ici, sans essayer d'établir les circonstances qui aident au diagnostic, qu'il est souvent difficile de distinguer une insuffisance de la valvule mitrale d'une coarctation de l'orifice de l'aorte.

On trouve dans les recueils quelques observations où il est dit qu'à l'examen du corps, on reconnut que telle ou telle valvule ne pouvait pas clore exactement l'orifice ni empêcher le reflux du sang ; mais, ou l'auscultation n'avait pas été pratiquée, ou bien on n'avait pas indiqué le temps auquel correspondait le bruit morbide qui avait été observé. C'est

ainsi que M. Martin-Solon a publié dans le *Journal hebdomadaire*, 1832, tom. IX, pag. 457, une observation d'insuffisance de la valvule tricuspide. Mais il se contente de dire que l'auscultation donnait un bruit de soufflet, sans ajouter à quel temps ce bruit de soufflet se faisait entendre; je ne doute pas qu'il n'ait été perçu au premier temps.

De tout ceci résulte, ce me semble, une idée claire de la théorie sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et artérielles. Ces insuffisances jouent exactement le rôle de rétrécissemens, et comme eux elles donnent naissance à des bruits morbides; mais ces bruits sont placés inversement de ceux que produisent les rétrécissemens. Une insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires cause un bruit de soufflet au premier temps; celle des valvules sigmoïdes de l'aorte, un bruit de soufflet au second temps et en même temps un bruit de soufflet tout le long de l'aorte, lequel correspond aussi au second temps ou à la diastole ventriculaire. Ces résultats sont à la fois un résultat de l'observation et en accord parfait avec la manière dont l'on sait que s'effectue la circulation dans le cœur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Observations pathologiques et thérapeutiques sur une espèce particulière d'angine, dépendant de l'inflammation diffuse de la base de la langue et de ses connexions avec la mâchoire inférieure, le palais et le pharynx; par David CRAIGIE, professeur de médecine clinique.

Si le mal de gorge offre des degrés très-variés depuis une simple incommodité jusqu'à une affection presque nécessairement mortelle, c'est, d'après le docteur Craigie, à l'étendue et à la profondeur des parties envahies par l'inflammation qu'on doit l'attribuer. Après avoir donné la description de deux variétés de cette maladie, qui n'offrent que peu d'intérêt, il passe à la troisième, sur laquelle nous nous arrêterons quelques instans. Dans cette variété, non-seulement le tissu sous-muqueux de la gorge est le siége de la maladie, mais encore elle a envahi tout le tissu sous-muqueux et musculeux de la langue, de la mâchoire inférieure et des parties latérales de la gorge, qui sont si gonflées et si douloureuses, que l'on ne peut abaisser la mâchoire inférieure pour examiner la gorge, en même temps que le gonflement de la base de la langue empêche de mouvoir cet organe et d'articuler distinctement. Le voile du palais est tellement épaissi qu'il perd toute sa flexibilité et ne peut plus être porté en haut dans les mouvemens de la déglutition pour fermer l'orifice postérieur des fosses nasales. Le gonflement peut même être tel que le malade ne puisse non-seulement avaler des solides, mais même faire arriver jusqu'à l'œsophage les liquides qui sont rejetés par les fosses nasales. La muqueuse nasale irritée par ce contact auquel elle n'est pas habituée s'enflamme, se gonfle et augmente encore l'état de souffrance du malade. L'écoulement abondant et continuel de salive par la bouche dans cette variété, dépend de l'accroissement de la sécrétion et de l'impossibilité où est le sujet d'en avaler la moindre partie.

L'inflammation de la glotte, qui survient à cette époque et s'étend souvent au larynx, ajoute une nouvelle gravité, et si elle n'est combattue à temps, elle peut devenir en peu d'instans la cause d'une mort presque inévitable par le trouble qu'elle apporte dans la respiration et l'asphyxie qui en est la suite.

Après avoir rapporté des exemples de cette maladie, qui s'est terminée chez l'un des deux sujets par la mort, et chez l'autre par la guérison, le docteur Craigie propose de nommer cette variété de l'angine angine linguale (angina lingualis), s'appuyant sur ce que les principaux symptômes, ceux au moins qui semblent les plus urgens, dépendent de l'inflammation de la base de la langue.

Cette forme d'angine, qui n'a point été inconnue des anciens puisqu'elle a été indiquée par Arétée et Cœlius Aurélianus, aurait, d'après l'auteur, peu fixé l'attention des écrivains modernes qui l'auraient toujours confondue avec l'angine tonsillaire. Il pense que le traitement, d'après l'imminence des symptômes, doit être dirigé avec beaucoup d'activité dès le principe, et ne conseille pas l'emploi des scarifications pratiquées sur les organes les plus enflammés; il préfère les saignées générales combinées à d'abondantes applications de sangsues sur le col.

Influence d'un certain état morbide du cœur sur l'économie; par RICH-POOL.

L'objet de ce travail est de signaler l'influence qu'a sur l'économie, en santé et en maladie, la différence que l'on observe souvent entre le développement des deux ventricules du cœur.

Tous les anatomistes savent que le développement des différentes cavités du cœur présente de grandes variétés chez les individus à partir du moment de leur naissance; mais quelle est l'influence de cette disproportion sur la production des maladies soit nerveuses, soit organiques du cœur? C'est ce que personne n'a étudié sérieusement, et le travail de M. Poole nous paraît n'avoir pas d'autre mérite que de fixer l'attention sur ce point jusqu'ici négligé. Il faudrait pour traiter cette question amplement un très-grand nombre de faits. Trois seulement sont rapportés ici; nous allons en citer un pour faire comprendre le genre de trouble auquel l'auteur fait allusion.

Obs. — Baker, âgé de 20 ans, soldat au 36e régiment, fut admis le 9 octobre 1833, se plaignant de céphalalgie et de douleurs dans les entrailles. On lui prescrivit l'huile de ricin et la teinture d'opium, et il éprouva d'assez fortes coliques.

Le lendemain il offrait beaucoup d'anxiété; sa respiration était accélérée et convulsive; décubitus sur le côté gauche seulement, et il ne peut se tourner sur l'autre sans augmen-

ter considérablement son malaise. Toux brève, sèche, avec expectoration muqueuse peu abondante; douleur vive et lancinante dans les régions hypogastrique gauche et cardiaque. Elle n'est pas exagérée par l'expectoration, mais bien par la percussion ou même par la pression. Céphalalgie; légère congestion à la face. Langue large, humide; soif intense; anorexie; érélhisme général; peau chaude; pouls 114, plein, rebondissant; urine peu abondante, colorée de sang. Thorax contracté dans sa partie inférieure; épigastre douloureux à la pression; murmure respiratoire dans toute la poitrine; son obscur dans les deux régions sous-mammaires; mouvemens du cœur rapides, bruyans, mais sans aucune impulsion.

Diagnostic. Irritation gastrique chez un sujet dont le cœur est faible; 18 sangsues sont appliquées à l'instant sur l'épigatsre.

Le soir, les sangsues ont saigné abondamment et ont produit une faiblesse approchant de la syncope. Le pouls a perdu beaucoup de sa force, et environ dix pulsations par minute. Le malade peut se poser sur les deux côtés; la respiration, courte, est plus facile et moins convulsive. Léger râle avec la toux, qui est moins fréquente quoique sèche. La nuit est sans sommeil, et cependant le malade est mieux.

Le lendemain matin, quoique la fièvre eût augmenté, le trouble de la respiration a presque disparu; elle se fait avec facilité et régulièrement, bien qu'un peu fréquente. Pouls 116, mat, facile à comprimer. Céphalalgie, vertige, faiblesse entière, défaillance imminente au moindre mouvement. Le cœur est privé d'impulsion; les bruits sont très-diffus; le premier s'entend très-clair au milieu du sternum; le second est plus sourd.

La maladie, qui était une fièvre gastrique, prit sa marche ordinaire, et le malade sortit au bout de quinze jours bien rétabli, mais conservant une grande faiblesse dans les mouvemens du cœur, et paraissant affecté d'une dilatation du ventricule droit.

Ce qui frappe le plus l'attention chez ce malade et chez les deux autres dont l'histoire est rapportée en même temps, c'est le caractère alarmant que prennent subitement les symptômes qui se lient au trouble de la circulation et de la respiration, et qui effacent presque complétement ceux de la maladie primitive : l'anxiété et la dyspnée, l'accélération du pouls, la congestion de la face, la toux convulsive, l'acuité de la douleur ressentie dans la poitrine.

Ces symptômes pourraient, il est vrai, être pris pour ceux qui indiquent une péricardite; mais, outre que les symptômes propres à la péricardite manquent presque complétement, la facilité avec laquelle cet état grave a disparu, et même a fait place à un état tout-à-fait opposé, et où le système circulatoire et nerveux semblait épuisé, aurait suffi pour dissiper tout doute à cet égard.

Voici les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire.

1° Sous l'influence d'un certain état du cœur, caractérisé surtout par la débilité, le développement d'une maladie sur un autre point du corps détermine l'apparition de symptômes que l'on doit rapporter en grande partie aux conditions dans lesquelles se trouve le cœur.

2° On n'a pas besoin pour combattre ces symptômes d'un traitement d'une grande activité, et c'est plutôt contre l'état du cœur que contre la maladie elle-même que l'on doit diriger la médication.

3° Après que le trouble, soit général, soit local a disparu, la disposition au collapsus est beaucoup plus prononcée que dans d'autres affections d'une origine différente, même dans les cas où le traitement n'a pas été très-actif.

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCES.

Sur la rupture de la tunique péritonéale de l'utérus, par FRANCIS WHITE, chirurgien au dispensaire de Ste-Anne, etc.; mémoire lu à la Société chirurgicale d'Irlande

Nous possédons d'excellens travaux sur les ruptures complètes de la matrice; mais il est une autre lésion de cet organe qu'on pourrait appeler *rupture incomplète*, et qui a presque complétement échappé à l'attention des auteurs et des praticiens. C'est sur ce sujet que le docteur White a lu à la Société chirurgicale de Dublin quelques recherches du plus haut intérêt. Voici d'abord le fait bien remarquable qui a servi de base à ses recherches.

Obs. I.—Mistriss W..., âgée de 32 ans, bien conformée, mariée depuis quinze ans et mère de huit enfans vivans, était à la fin de sa neuvième grossesse, lorsque le 10 décembre 1824, ayant été frappée d'épouvante, au même moment elle fut prise d'une douleur à la partie inférieure du dos qui s'étendit à tout l'abdomen, accompagnée d'un sentiment de défaillance et de fortes palpitations du cœur. Elle se remit en peu de temps de ces premiers symptômes, et comme elle était d'une humeur gaie et active, il ne resta dans son esprit, ni aux personnes qui l'entouraient, aucune crainte pour l'avenir, quoiqu'elle devint plus pâle et parût plus languissante que de coutume. Le 18 du même mois, au matin, en montant des escaliers, elle ressentit des douleurs lancinantes dans la région inférieure de l'abdomen, accompagnées d'une sensation particulière qu'elle ne put pas bien décrire; elle devint agitée et d'une pâleur affreuse. Un habile accoucheur fut mandé sur-le-champ. Il la trouva avec une grande difficulté de respirer, une suffocation imminente, de la douleur au cœur, le pouls plein et sautillant; il n'y avait aucune apparence de commencement de travail. A neuf heures du soir, le travail commença, et après quelques faibles douleurs utérines, la femme accoucha d'un garçon à terme et vivant, mais qui alla en s'affaiblissant et expira en moins de trois quarts d'heure.

L'autopsie fut faite deux jours après par M. White, assisté de M. Colles. On trouva dans la cavité pleurale droite un épanchement de sérosité considérable; à gauche, un épanchement léger, mais des adhérences pleurales; les poumons sains, le cœur vide, ses parois flasques; les valvules des artères sans altérations apparentes.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une grande quantité de sang liquide au voisinage de l'utérus; les ligamens larges en étaient injectés. La matrice n'était point contractée. L'ovaire droit était beaucoup accru en volume et contenait

deux hydatides volumineuses. A la surface antérieure de l'utérus étaient deux longues déchirures ou lacérations, et une autre de moindre étendue intéressant la tunique péritonéale et aussi quelques fibres superficielles de l'utérus; c'est de là que venait le sang épanché. Toutes les autres parties, soit du bassin, soit de l'abdomen, étaient dans un état parfaitement sain.

Les phénomènes observés ici n'ont point été les mêmes que dans quelques observations antérieures que la science possédait sur cette lésion. La première appartient au docteur Clarke, et a été consignée dans le troisième volume des *Transactions for the improvement of medical and surgical knowledge.*

Obs. II. — Une femme âgée d'environ 25 ans, enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'enfantement à 8 heures du matin; elle était assistée d'une sage-femme. Le travail marcha régulièrement durant deux heures; alors survinrent tout à coup des douleurs dans l'abdomen et des nausées, auxquelles succéda une grande irritabilité avec abattement et agitation; et enfin elle mourut à dix heures et demie du soir, sans être délivrée. Immédiatement après on retira un enfant mort suivi du placenta.

A l'autopsie, on ne trouva aucune apparence morbide dans la cavité abdominale ni dans aucun de ses viscères. L'utérus était légèrement contracté; à sa surface postérieure, environ une once de sang était déposée dans le repli du péritoine; on y trouva de 40 à 60 lacérations transversales, dont aucune n'avait en profondeur plus de la vingtième partie d'un pouce; plusieurs semblaient être de simples fissures, et variaient beaucoup en longueur depuis 3 lignes jusqu'à 2 pouces; elles occupaient la plus grande partie de la région postérieure de l'utérus, et étaient à peine recouvertes d'une mince couche de sang coagulé. Le tissu musculeux de l'organe n'était nullement intéressé.

On peut remarquer dans ce cas que les symptômes alarmans n'ont saisi la malade que deux heures après l'établissement d'un travail régulier, qu'elle est morte non délivrée, que l'autopsie n'a montré que de légères déchirures n'intéressant nullement le tissu musculaire utérin, et enfin que l'épanchement du sang ne dépassait pas une once. Il est difficile de se rendre compte de la mort de cette femme, et le docteur Clarke semble incliner à croire qu'elle est plutôt le résultat de quelque maladie, que l'effet d'un accident arrivé durant le travail.

On trouve une autre observation dans l'ouvrage du docteur Ramsbotham, sur les accouchemens, p. 409.

Obs. III. — Une dame accouchée la veille au soir de son septième enfant, après un travail pénible, alla en s'affaiblissant par degrés et mourut presque subitement le lendemain matin. Rien dans le travail n'avait été de nature à exciter des craintes, et il n'y avait point eu d'hémorrhagie à l'extérieur. En divisant les parois de l'abdomen on trouva dans cette cavité une quantité considérable de sang; les viscères en général étaient à l'état sain; en attirant en avant l'utérus qui était bien contracté pour le temps écoulé depuis la délivrance, on trouva à la face postérieure de sa tunique péritonéale une fissure de plusieurs pouces de longueur, s'étendant presque jusqu'à l'insertion du ligament large du côté gauche, et qui ne parut pas intéresser la substance charnue de l'utérus.

La fâcheuse issue de ce cas peut fort bien être attribuée à la longueur et à la difficulté du travail; et un degré trop considérable de pression de l'utérus distendu contre quelque portion des vertèbres lombaires ou contre l'angle du sacrum, rendrait compte de cette lacération si étendue du péritoine utérin. M. White remarque que cette observation a plus de rapport avec la sienne propre, qu'avec celle de M. Clarke; toutefois il y a de notables différences, soit pour l'époque où se sont montrés les accidens, soit pour les apparences trouvées à la dissection.

Tels sont les deux seuls faits rencontrés par l'auteur dans les ouvrages qu'il a consultés. Un de ses collègues lui en a indiqué un autre, inséré par M. Chatto dans le *London medical gazette*, août 1832, p. 630 : nous le reproduirons également.

Obs. IV. — Une femme étant en travail se plaignit tout-à-coup d'une douleur et d'une angoisse inaccoutumées, et présenta sans cause manifeste les plus alarmans symptômes. L'accouchement se fit néanmoins par les seuls efforts de l'utérus; mais il survint du délire, de l'agitation; et la femme succomba six heures après la délivrance.

L'autopsie fut faite le lendemain, et montra une grande quantité de sang épanché dans la cavité abdominale; l'utérus était fortement contracté, et en arrière près de son fond, on trouva une rupture d'une étendue assez considérable. La surface de la déchirure était couverte de portions de sang caillé; elle occupait un espace peut-être égal à l'étendue d'une couronne; mais ses bords étaient irréguliers et entourés de taches rougeâtres, en sorte qu'au premier aspect elle semblait être le résultat d'une ulcération. Près de cette large déchirure étaient *trois ou quatre petites gerçures;* en ouvrant la cavité utérine, on trouva que la rupture n'y pénétrait point; la surface interne était parfaitement intacte et doublée encore par une portion considérable du tissu musculaire, dont la rupture n'avait pas intéressé plus des deux tiers en épaisseur. Partout ailleurs la matrice était à l'état normal.

On ne saurait, d'un si petit nombre de faits, tirer des conclusions trop générales; aussi l'auteur se borne à peu près à commenter sa propre observation. D'abord la déchirure a eu pour cause une épouvante; elle a eu lieu avant le travail, et sans aucun rapport avec lui. Secondement, les symptômes qui auraient pu la faire présumer étaient si équivoques qu'ils auraient mis en défaut les praticiens les plus consommés. On pouvait bien juger que la femme avait une hémorrhagie interne, mais comment reconnaître qu'elle venait de l'utérus? Enfin, il est à noter que la déchirure se trouvait dans ce cas à la partie antérieure de l'utérus, et qu'elle pénétrait dans sa substance musculeuse.

C'est une question d'un haut intérêt de savoir si, la nature de la lésion étant reconnue, il y aurait eu quelque chance de sauver la malade, en excitant un travail prématuré, et en précipitant la délivrance. On serait ainsi parvenu à faire contracter l'utérus et selon toute probabilité à arrêter l'hémorrhagie. Le docteur Charles Johnson, professeur d'accouchemens, à Dublin, s'est rangé de cette opinion; mais il ne croit pas qu'on aurait encore sauvé la femme; car, dit-il dans une lettre adressée à l'auteur, le fait du docteur Clarke démontre que cette rupture incomplète de l'utérus peut

devenir fatale autrement que par une hémorrhagie considérable. Toutefois, dans tous les cas de ruptures utérines, il y a toujours bien plus de chances de salut quand on délivre immédiatement la femme; il serait donc indiqué en pareil cas de percer les membranes pour précipiter l'accouchement.

Recherches sur les causes qui font varier la fréquence du pouls avec la position du corps, par TRAVERS-BLACKLEY, membre du collége des chirurgiens d'Irlande.

Ce mémoire est un complément de celui publié par le docteur Graves dans le cinquième volume du *Dublin hospital reports* (des effets produits par la posture sur la fréquence et le caractère du pouls en état de santé et de maladie). Les faits extrêmement curieux avancés par le docteur Graves, et qui depuis ont été confirmés par plusieurs observateurs, étaient cependant restés la plupart sans explication; ce sont ces explications que le docteur Blackley cherche à donner ici. Nous allons en faire connaître quelques unes, après avoir rappelé en peu de mots les faits signalés par le docteur Graves.

Chez les personnes en santé, le pouls, dans la position droite, est plus fréquent de 5 à 15 pulsations par minute que dans la position horizontale. Si le pouls n'est qu'à 60, la différence s'élève rarement au-delà de 6 ou 8. Cette différence augmente avec la fréquence du pouls, et il n'est pas rare de trouver une différence de 20 à 30 pulsations, lorsqu'il a été porté à 90 ou 100 par un exercice modéré.

Si nous supposons, dit M. Blackley, que le cœur d'un homme en santé bat 60 fois par minute dans la position droite, et qu'à chaque battement il chasse une once de sang, 60 onces le traverseront donc par minute; mais si la force du cœur est augmentée ou diminuée, nous devons nous attendre à trouver la même différence dans le nombre des battemens. Ainsi, si la force du cœur est augmentée d'un dixième, il faudra 54 battemens pour chasser les 60 onces par minute, tandis qu'il en faudrait 66 si la force était diminuée d'un dixième.

Maintenant, si nous opposons à la résistance qu'éprouve le cœur dans la position droite par le poids de la colonne de sang contenu dans les artères et par celle des veines qui est encore plus considérable, la facilité qu'éprouve le sang à parcourir les gros vaisseaux par l'absence de ces circonstances dans la position horizontale, nous concevons alors facilement que le cœur employant la même force, il peut lancer une plus grande quantité de sang dans la position horizontale, et conséquemment que le nombre des battemens nécessaires pour transmettre la même quantité de sang dans un temps donné doit être diminué. La fréquence des battemens du cœur est donc en raison directe des obstacles présentés à l'action du cœur, qu'ils soient mécaniques ou qu'ils dépendent de la faiblesse du cœur lui-même. Cette donnée suffit pour expliquer tous les phénomènes si ingénieusement observés par le docteur Graves.

Quant au fait si singulier signalé par ce dernier, savoir : que dans la position renversée (la tête en bas), la fréquence du pouls reste la même que dans la position horizontale; il s'explique naturellement par la facilité qu'éprouve le sang veineux des extrémités inférieures pour revenir au cœur et qui contrebalance la résistance des veines de la tête, de manière à ce que l'obstacle mis au cours du sang n'est pas plus fort que dans la position horizontale.

Une observation faite par le docteur Graves et qui nous paraît plus importante encore que la précédente pour le pathologiste, est la remarque qu'il fit que dans six cas d'hypertrophie du cœur qu'il avait soumis à cet examen, et dans tous ceux qu'il a observés depuis la publication de son mémoire (en 1830), il n'y avait plus de différence dans la fréquence du pouls, quelle que fût la position du sujet, debout, assis ou couché, tandis qu'il n'avait fait la même remarque dans aucune autre maladie.

Ce fait qui, s'il est vrai, est d'une grande importance surtout pour le diagnostic de l'hypertrophie du cœur, est expliqué par M. Blackley par l'augmentation de la force du cœur qui suffit pour vaincre la résistance qu'éprouve cet organe dans toutes les positions et maintenir la même fréquence.

L'auteur termine cette discussion que nous ne pouvons reproduire par un fait extrêmement curieux qu'il rapporte à l'occasion de l'atrophie du cœur, laquelle dépend souvent, selon lui, de l'obstacle que mettent à la pression du sang sur le ventricule gauche les valvules indurées et épaissies. Chez le sujet de cette observation, qui a été rapportée par le docteur Adam, dans un mémoire sur les maladies du cœur, l'oreillette droite était très-dilatée, le ventricule droit n'offrait à l'extérieur aucune apparence de fibres musculaires; il paraissait formé de graisse dans toute son épaisseur; le ventricule gauche était très-mince et toute sa surface était couverte d'une couche de graisse, au-dessous de laquelle le tissu musculaire n'avait pas une ligne d'épaisseur. Ce ventricule était si faible et ses parois si minces qu'au premier abord on ne put concevoir comment il avait pu suffire pour entretenir la circulation. La surprise fut encore plus forte quand en l'examinant avec soin on découvrit que les valvules de l'aorte étaient devenues par leur ossification tellement inflexibles, qu'elles ne laissaient pas passer l'eau, soit qu'on la versât du côté de l'aorte ou du côté du ventricule; leurs bords étaient tellement serrés les uns contre les autres qu'il fallait pousser un liquide avec force du côté du cœur pour qu'il pût passer entre elles.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Observation d'un cas d'épanchement sanguin dans le péricarde sans rupture de l'aorte ni du cœur; par le docteur CARSON de Liverpool.

Il arrive très-communément que l'on trouve dans le péricarde une quantité plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente sans aucune communication de cette cavité avec l'intérieur soit de l'aorte, soit du cœur; mais il est rare que le sang soit pure; et, sous ce rapport, l'observation suivante nous semble d'autant plus digne d'intérêt que

les symptômes que détermine cette maladie sont très-obscurs et que la terminaison funeste est le plus souvent inattendue.

Obs. — M. W..., âgé d'environ 52 ans, grand et fort, souffrant quelquefois de dyspepsie, bien que sa vie fût très-réglée, d'une disposition très-active quoique ses occupations fussent sédentaires, avait été tourmenté pendant près d'un an par des spéculations commerciales très-importantes. A la fin du carême, qu'il avait observé avec toute la rigueur qu'impose l'église catholique, il fut pris un soir, en revenant d'un club où il s'était donné beaucoup de mouvement et dont il était trésorier, d'une faiblesse telle, que sans l'assistance de deux amis qui l'accompagnaient, il n'aurait pu rentrer chez lui. Ayant fait appeler son médecin, il se plaignit de défaillance, d'une douleur obtuse et pesante dans la région du cœur, et d'éructations fréquentes. La respiration était facile; le pouls donnait 70 et était régulier, quoique faible; il n'y avait ni céphalalgie ni douleur sur aucun autre point; il n'y avait pas de constipation. Une potion antispasmodique lui fut administrée, et il se mit au lit après avoir pris un petit verre d'eau et d'eau-de-vie. Au bout de trois heures n'éprouvant pas de soulagement, il demanda à être saigné, ce qui fut fait aussitôt. Une pinte de sang fut tirée, et un opiacé administré ensuite. Toute la poitrine auscultée à cette époque n'offrit aucun bruit anormal.

A 5 heures du matin le docteur Carson le visita et le trouva frais, avec une légère transpiration, mais se plaignant assez vivement d'une douleur dans la poitrine, qu'il disait être oppressive et fatigante; elle n'augmentait pas par l'inspiration. Le malade avait vomi un peu pendant la nuit, et avait rejeté un peu d'une sauce aux ognons qu'il avait mangée la veille. Les éructations étaient fréquentes, mais ne lui procuraient pas de soulagement au moins pour la douleur de poitrine; le pouls était régulier; la chaleur du corps naturelle, et la respiration assez libre; il n'y avait pas eu de sommeil. Quatre grains de calomel avec deux d'opium furent administrés immédiatement. A onze heures et demie on trouva qu'il y avait eu un peu de sommeil, mais les symptômes restaient les mêmes. On lui prescrivit un laxatif. A trois heures il fit appeler son médecin ordinaire, et se plaignit encore assez vivement de sa douleur. Le soir il expira presque subitement à sept heures.

Autopsie. Les deux poumons sont trouvés parfaitement sains et affaissés; cependant la poitrine paraît plus remplie qu'elle ne l'est ordinairement quand les poumons sont affaissés. Le péricarde est immensément distendu par un fluide qui se trouve être du sang en partie liquide et en partie coagulé; il n'y en a pas moins de trois pintes, il est tout-à-fait pur, sans mélange d'aucun fluide dont on puisse attribuer la présence à l'inflammation. La surface externe du cœur et la surface interne du péricarde n'offrent, malgré un examen sévère, la trace d'aucun vaisseau dont la rupture eût pu fournir cette quantité de sang. Le cœur lui-même est parfaitement sain; les valvules n'offrent aucune altération, et les gros vaisseaux sont tout-à-fait à l'état normal. Tout ce qu'on peut découvrir, c'est une légère ecchymose sur l'origine de l'artère pulmonaire.

Ce fait n'est pas le seul de ce genre qui ait été observé; on en lit un analogue rapporté par le docteur Alston, dans le sixième volume des Essais de médecine d'Édimbourg. Dans ce cas où la maladie de la poitrine remontait à une époque éloignée, on trouva dans le péricarde trois livres de sang en partie coagulé et en partie mêlé avec de la sérosité. On ne put découvrir ni à la surface du cœur, ni sur le péricarde, aucun vaisseau qui eût pu fournir cette hémorrhagie; mais en comprimant le cœur on faisait sortir de sa surface, et spécialement près de sa base, une sérosité sanguinolente par une multitude d'orifices. L'intérieur du cœur et les gros vaisseaux n'offraient aucune altération. Le docteur Baillie rapporte dans ses *Elémens d'anatomie pathologique* deux cas semblables, où, après la mort, on trouva le péricarde rempli de sang, bien qu'il fût impossible, malgré l'examen le plus exact, de trouver l'orifice des vaisseaux qui avaient dû fournir l'hémorrhagie. « Deux manières d'expliquer ces faits irréguliers se présentent à l'esprit, dit ce célèbre pathologiste, où le sang est sorti par transsudation à travers les parois des vaisseaux sanguins ramollies; or, il a trouvé une issue dans les extrémités des plus petits vaisseaux qui s'ouvrent à la surface du péricarde. »

IV. THE LANCET.

Nous ne trouvons à emprunter à la *Lancette* de ce mois que l'article suivant.

Efficacité du nitrate d'argent dans le traitement de la glossite et de l'amygdalite, par J. HORNE.

Le nitrate d'argent est l'un des moyens qui depuis quelques années ont été employés avec le plus de succès et dans le plus grand nombre de cas, souvent très-différens. Son action est telle que dans presque toutes les inflammations, soit aiguës, soit chroniques, et dont le siége est accessible à l'application du nitrate d'argent, son usage est presque constamment suivi de succès. L'observation suivante va nous fournir l'exemple d'une maladie où il a été peu employé, et où cependant il peut l'être avec beaucoup d'avantage.

Observation de glossite; guérison par le nitrate d'argent.

Obs. — En février dernier, je fus appelé auprès d'une dame âgée de 26 ans, d'une constitution délicate. Elle se plaignait d'une congestion à la tête avec symptômes de vertiges, obscurcissement de la vue, douleur et pesanteur de tête, stupeur, nausées, constipation et absence d'appétit. Le pouls était vif et petit, la langue blanche et chargée. Seize onces de sang furent tirées du bras; des sels purgatifs combinés aux diurétiques furent administrés, et le repos complet prescrit.

Le lendemain une nouvelle saignée fut pratiquée, et le même moyen employé avec beaucoup d'avantage, car au bout de peu de jours la malade était complètement rétablie.

A la fin du même mois je fus appelé tout à coup auprès d'elle, et je la trouvai affectée d'une glossite idiopathique causée par la fatigue et les veilles, qui l'avaient tellement affaiblie, qu'elle ne pouvait lever la main de son lit. Elle n'avait commencé à souffrir de la langue que de la veille, et le mal avait consi-

dérablement augmenté pendant la nuit. Je trouvai la langue énormement gonflée, mais non hors de la bouche ; la respiration et l'articulation des mots étaient excessivement difficiles ; le pouls très-petit et fréquent ; la physionomie très-anxieuse ; la peau humide et collante ; le ventre resserré. J'appliquai immédiatement le nitrate d'argent en substance sur l'organe tuméfié, ce que je ne fis qu'avec beaucoup de peine, la malade ne pouvant ni ouvrir la bouche, ni sortir la langue. Le soir la chaleur brûlante et la douleur qui sont si insupportables dans les cas graves, avaient reparu ; et pour diminuer les souffrances aussi bien que pour empêcher que le gonflement de la langue augmentât encore, j'appliquai de nouveau le nitrate d'argent. La malade ne pouvait rien prendre ; cependant je parvins à faire passer une potion laxative.

Le lendemain matin les symptômes locaux et généraux avaient repris beaucoup d'intensité, et l'application des moyens fut de nouveau réitérée. En même temps, comme les forces de la malade étaient bien diminuées, je lui prescrivis à prendre de temps en temps une cuillerée de vin. Mais, pour mettre le lecteur à même de juger de la difficulté du traitement et des douleurs qu'éprouva la malade, il nous suffira de dire qu'il fallu pendant quinze jours répéter chaque jour l'application du nitrate d'argent sur la langue, avant que cet organe fût revenu à son état normal.

L'efficacité de l'application du nitrate d'argent dans le traitement de l'amygdalite aiguë est trop connue pour que nous rapportions ici les faits cités par l'auteur à l'appui de son assertion ; nous nous contenterons de rapporter ce qu'il dit du traitement de l'amygdalite chronique par le même moyen. « Cette maladie est le plus ordinairement complétement développée lorsqu'elle vient à la connaissance du médecin. Comme c'est spécialement chez les enfans doués d'une constitution lymphatique qu'on l'observe, on doit commencer par le traitement général, qui convient dans cette occasion, et ce n'est qu'après que l'on a relevé les forces du sujet que l'on peut espérer de combattre la maladie avec avantage. Alors on peut, en appliquant le nitrate d'argent deux fois par semaine sur les amygdales tuméfiées, espérer de les voir revenir à leur état normal au bout de quelques mois. ».

N° DU 20.

PATHOLOGIE INTERNE.

Observations sur l'inspiration rauque des enfans et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux ; par H. LEY, D.-M., accoucheur de plusieurs hôpitaux de Londres (1)

Cette maladie qui n'a fixé l'attention d'une manière spéciale que depuis l'époque où le docteur J. Clarke l'a décrite comme l'une des formes qu'affectent les convulsions pendant l'enfance, dépend évidemment de la constriction de la glotte qui gêne et quelquefois suspend entièrement la respiration. L'enfant éprouve dans les paroxismes une interruption plus ou moins complète des mouvemens respiratoires ; il fait de violens efforts, et à la fin recouvre la respiration en faisant entendre une inspiration sonore que l'on a comparé au chant du coq ou à la voix croupale, mais qu'il suffit d'entendre une fois pour reconnaître qu'elle est due à la constriction de la glotte.

Le docteur Clarke attribuait cette maladie, qui est toujours effrayante et se termine souvent par la mort, à une congestion ou à la compression du cerveau ; mais bien que différentes causes puissent produire l'effet que nous venons de signaler, cependant l'une des plus fréquentes, celle au moins qu'il est le plus facile d'apprécier, c'est l'altération des ganglions thoraciques et cervicaux. Déjà le docteur Merriman avait indiqué les rapports de cette altération rauque dans l'édition qu'il a publiée de l'ouvrage d'Underwood sur les maladies des enfans. L'examen des préparations fournies par les deux cas où il avait eu l'occasion de faire cette remarque et qui sont entre mes mains, suffit pour démontrer l'exactitude de l'induction qu'il en avait tirée ; car, bien que la huitième paire fût comprimée sur quelques points, cependant c'est sur les nerfs récurrens que la compression était le plus considérable. Ainsi, dans l'une des préparations le récurrent gauche, au moment où il contourne la crosse de l'aorte est déplacé de plus d'un demi-pouce de la position qu'il occupe ordinairement, et est aplati par un allongement forcé ; son tissu est altéré, et il semble même avoir éprouvé une espèce de torsion.

Il est très-probable que cette maladie est plus commune qu'on ne serait disposé à le croire d'après le silence des pathologistes ; car depuis que j'ai fixé mon attention sur ce sujet, j'ai observé plusieurs cas terminés par la mort, où, d'après les symptômes ; j'avais pensé que cette altération devait exister et où en effet je l'ai trouvée à l'autopsie. Les observations suivantes nous en vont fournir la preuve.

Obs. I. — L'enfant qui en était le sujet n'offrait aucune glande extérieure engorgée ; mais il était pâle et ses chairs étaient molles. A peu près vers l'époque de la première dentition, il devint sujet, sans cause appréciable, à une espèce d'enrouement qui semblait dû à la présence d'une certaine quantité de mucus dans la trachée, et que l'on pouvait entendre d'une extrémité d'une grande chambre à l'autre. La respiration n'offrait pas d'autre trouble, si ce n'est quelquefois un peu de fréquence ; il n'y avait pas de fièvre, et l'enfant conserva sa gaieté comme avant.

Cet enrouement disparaissait et revenait aux époques indéterminées, et sans aucun rapport avec les variations de la température. On l'attribua d'abord à la dentition ; cependant, comme il augmenta d'intensité, je fus appelé. Soupçonnant une affection inflammatoire des bronches, j'employai les moyens d'usage dans ces cas, les sangsues, les applications stimulantes, les vésicatoires, les purgatifs, les vomitifs, mais sans aucun soulagement. L'enfant s'affaiblissait évidemment ; il fut transporté à la campagne, où il éprouva une amélioration assez notable.

Quelques semaines après son retour de la campagne, il

(1) Ce mémoire est un résumé de plusieurs articles publiés sur ce sujet par le docteur Ley, dans le *London medical Gazette*, pendant les mois de février, mars et avril 1834.

fut repris du même enrouement, mais avec des excès de toux violens. Dans un de ces accès on fut très-effrayé, car il perdit la respiration pendant quelques instans, sa figure pâlit, tous ses muscles se raidirent, et spécialement ceux des extrémités; l'épine fut courbée en arrière, les yeux tournés en haut, enfin toute la physionomie annonçait le dernier moment de son existence. A la fin, après un effort violent, l'enfant recouvra la respiration, mais avec une inspiration sonore comme celle du croup ou de la coqueluche. On eut recours de nouveau aux saignées locales et aux évacuans, mais sans plus de succès que la première fois, car les symptômes conservant toujours la même intensité tandis que les forces déclinaient sensiblement, on fut obligé de les abandonner pour avoir recours aux narcotiques ou bien aux stimulans. Enfin, après que l'on eut employé une foule de moyens tous également infructueux, l'enfant succomba dans un de ces accès, après avoir fait de grands efforts pour recouvrer la respiration.

Autopsie. Tous les viscères étaient sains; il n'y avait pas de trace d'arachnitis ni de congestion cérébrale ou d'épanchement; les poumons étaient parfaitement sains et crépitans; les glandes mésentériques seules offraient un peu de gonflement; les nombreux ganglions qui sont disposés près de la racine des poumons et de la crosse de l'aorte, étaient très-altérés; l'un d'eux avait acquis le volume d'une châtaigne médiocre, et était rempli d'une matière demi-concrète, demi-puriforme; un autre plus petit offrait aussi un commencement de suppuration.

Obs. II. — Peu de temps après je fus appelé pour l'enfant d'un banquier qui éprouvait de temps en temps des accès de dyspnée avec menace de suffocation, d'où il ne sortait qu'avec l'inspiration rauque. Il avait aussi des accès de toux ne différant de ceux de la coqueluche que par les symptômes qui persistaient entre le paroxysme et par l'absence de vomissemens ou d'efforts pour vomir à la fin. Cet enfant avait toujours été très-délicat, mais ses parens faisaient remonter l'origine de sa maladie à près d'une année, à une époque où il avait en même temps, ou à très-peu de distance, la rougeole et la coqueluche. Il ne releva jamais complètement de ces maladies, et resta très-faible et sujet à des accès de toux que la plus courte exposition à l'air froid ne tardait pas à ramener. La toux n'avait jamais été accompagnée d'expectoration; il y avait souvent un peu de fièvre. Soupçonnant que cette maladie était de la même nature que celle dont nous venons de rappeler l'histoire, je demandai une consultation où nous tombâmes d'accord, non sur la nature de la maladie, mais sur le traitement à lui opposer, et qui n'empêcha pas l'enfant de succomber au bout de huit à dix jours.

Autopsie. Les poumons étaient parsemés de vomiques dont le volume variait depuis celui d'un petit pois jusqu'à la grosseur d'une fève. Aucun ne communiquait distinctement avec les bronches. Les ganglions placés près de l'origine du poumon offraient un gonflement considérable.

Ces cas suffisent pour faire connaître la forme sous laquelle se présente le plus souvent cette maladie et pour mettre hors de doute que dans quelques circonstances où la respiration avait présenté le trouble que nous avons indiqué, et où l'on n'avait trouvé dans les organes de la respition aucune altération à laquelle on pût l'attribuer, on a dû en trouver la cause dans le gonflement quelquefois considérable qu'offraient les ganglions du col et de la poitrine. L'examen des préparations anatomiques, recueillis chez les sujets qui avaient succombé à cette maladie, a même démontré que les canaux respiratoires n'avaient subi aucune déformation. La trachée avait conservé dans tous les cas sa forme et son calibre ordinaires; les tuyaux bronchiques leur forme arrondie et leur capacité normale, même sur les points où ils traversaient des ganglions tuméfiés.

Un point important dans l'étude de cette maladie, c'est l'examen des conditions qui peuvent déterminer le développement anormal de ces ganglions lymphatiques. Le système lymphatique est très-disposé à présenter pendant l'enfance l'altération à laquelle nous attribuons ici le principal rôle, et sous l'influence de circonstances différentes. L'une des plus fréquentes, c'est la disposition héréditaire au scrophule et que la cause occasionelle la plus légère suffira souvent pour mettre en action. Ensuite viennent successivement la dentition, les différentes éruptions qui se développent si fréquemment pendant l'enfance sur le cuir chevelu, à la face et derrière les oreilles, et enfin quelques affections du cerveau. Tant que l'irritation produite par ces différentes maladies ne s'exerce que sur les glandes de la partie supérieure du col, il doit arriver rarement que la respiration soit gênée; mais si, par sa durée ou par son intensité, l'irritation partant soit des gencives, soit de la base du cerveau, soit du cuir chevelu, s'étend jusqu'aux ganglions qui entourent la crosse de l'aorte, alors le danger est considérable.

Une autre question importante se présente maintenant à notre attention; il s'agit de savoir de quelle manière ces ganglions tuberculeux agissent sur le larynx ou la trachée. Est-ce par l'obstacle mécanique qu'ils mettent au passage de l'air en rétrécissant les canaux aériens par la compression qu'ils exerceraient de dehors en dedans, ou bien par la diminution, ou même la suspension de l'influx nerveux dû à la pression qu'ils exercent sur la huitième paire et ses branches qui se distribuent au larynx? Sans entrer dans tous les détails que pourrait réclamer cette question, il nous suffira de dire que les symptômes observés pendant tout le cours de la maladie n'indiquent à aucune époque la présence d'une obstruction mécanique; qu'on a vu fréquemment des tumeurs plus volumineuses encore presser fortement sur la trachée et ne pas donner lieu aux phénomènes observés dans les cas dont nous parlons; que ce canal peut même supporter une pression assez forte pour produire l'ulcération de la muqueuse sans donner lieu à ces symptômes; enfin, que le plus souvent les ganglions n'exercent aucune compression sur les parties qui sont le siége du désordre: c'est donc uniquement à la pression qu'exercent les tumeurs sur le trajet des nerfs de la huitième paire ou de ses rameaux que l'on doit attribuer tous ces phénomènes; d'ailleurs, le rapprochement de ces symptômes de la disposition anatomique des parties suffira pour faire reconnaître que c'est dans une lésion des nerfs qui s'y distribuent que l'on doit chercher cette cause. Les branches des nerfs récurrens se rendent, comme on le sait, à la bande fibreuse qui réunit les extrémités des cartilages de la trachée, à la muqueuse de ce conduit, et enfin aux muscles de la glotte; or, il est évident que si les

muscles qui doivent ouvrir la glotte ont cessé de recevoir l'influx nerveux, le passage de l'air sera très-gêné; que si les bandes fibreuses destinées à rétrécir la trachée-artère, afin d'élever les matières qui doivent être expectorées vers le larynx, cessent de se contracter, les mucosités amassées dans l'intérieur de la trachée feront un nouvel obstacle au passage de l'air; enfin, que l'accumulation de ces mucosités pourra encore être augmentée par la diminution de la sensibilité de la muqueuse. Aussi, nous remarquons que tant que la pression des glandes peut être supposée encore faible par leur peu de développement, les mucosités sont expulsées par un vomissement, et plus fréquemment par une forte quinte de toux semblable à celles de la coqueluche; tandis qu'à une époque plus avancée, lorsque les ganglions sont très-volumineux, alors les muscles de la glotte sont comme paralysés, les paroxysmes deviennent plus violens, et le malade semble menacé d'une asphyxie imminente, et offre pendant l'attaque des mouvemens convulsifs extrêmement forts, semblables à ceux que détermine la strangulation. Cet état se termine ordinairement quand enfin l'occlusion de la glotte cessant d'être complète, un étroit filet d'air peut pénétrer dans les poumons; c'est alors que se fait entendre la respiration sonore qui indique que le malade est sauvé de cette attaque.

Le traitement de cette maladie est d'autant plus difficile à établir que les causes qui la déterminent sont plus variées. Cependant, après avoir employé un grand nombre de moyens et suivi différentes méthodes, je crois pouvoir avancer d'une manière générale que les moyens énergiques de toute espèce, tels que les saignées abondantes, le calomel à doses élevées, les purgatifs violens sont extrêmement nuisibles; tandis qu'une médication destinée à soutenir les forces des malades sans trop les stimuler, est la seule qui offre des chances de succès.

On commencera par prescrire une diète générale, suivant l'âge de l'enfant, mais composée d'alimens faciles à digérer et non excitans. Parmi les agens médicamenteux on peut employer avec avantage les acides minéraux, quelques préparations métalliques comme les préparations les moins actives de fer, de zinc ou de cuivre; et chez les sujets très-affaiblis la quinine ou quelques autres amers végétaux.

Le froid ayant, comme on le sait, une assez forte part comme cause dans le développement de ces ganglions, on devra apporter un soin tout particulier à mettre l'enfant malade à l'abri des vicissitudes de l'air. On évitera avec un soin égal et la forte chaleur qui irrite, et le froid qui prédispose si activement aux inflammations et repousse le sang de la surface du corps. On évitera aussi de le laisser sortir par les temps humides, mais lorsque le temps sera sec on exigera qu'il prenne un peu d'exercice en plein air, sans se laisser aller à la crainte d'augmenter le râle que l'on entend dans la poitrine, et qui ne dépend ni d'une inflammation, ni d'un catarrhe, ni probablement d'une augmentation de la sécrétion bronchique, mais simplement d'une espèce de paralysie de l'appareil chargé de porter les mucosités au dehors, et sur laquelle la température ne peut exercer qu'une influence éloignée en augmentant le volume des ganglions altérés.

On devra dans la plupart des cas employer de légers laxatifs, mais on évitera les purgatifs énergiques et les fortes doses de calomel que l'on administre si habituellement. Avec de légers laxatifs on ne craindra pas ces inflammations et ces ulcérations intestinales qui viennent souvent compliquer la maladie d'une manière si fâcheuse.

La toux est encore l'un des symptômes le plus fatigans pour le malade; aussi a-t-elle été prise quelquefois pour celle du croup et chez d'autres sujets pour celle de la coqueluche. Il est donc important de chercher à la combattre pour éloigner ou empêcher le retour de ces paroxysmes qu'elle ne manque jamais d'accélérer. On choisira parmi les narcotiques ceux qui n'agissent ni sur le cerveau, ni sur les intestins. La ciguë m'a réussi souvent dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a une toux spasmodique. Les extraits de laitue et de pommes de terre jouissent encore de la même propriété, mais à un moindre degré. Le houblon qui est à la fois tonique et sédatif est celui des moyens appartenant à cette classe que je préfère.

Quelques frictions avec des linimens doués de propriétés stimulantes et sédatives contribueront également chez les très-jeunes enfans à calmer l'irritabilité nerveuse.

Le reste du traitement sera modifié suivant les causes auxquelles on croira devoir attribuer la maladie. Si c'est la dentition on pratiquera quelques incisions sur les gencives; mais on ne doit pas s'attendre à voir disparaître immédiatement après les accidens; si le gonflement des ganglions dépend d'éruptions développées à la face ou sur le cuir chevelu d'où descendent les lymphatiques vers les nombreux ganglions du col les cataplasmes, les fomentations, les onguens légèrement stimulans, et de légers apéritifs, sont les moyens qui peuvent être employés avec le plus de succès.

Si l'enfant a une constitution lymphatique très-prononcée, si surtout il offre quelque symptôme des scrophules, l'iode et ses différentes préparations seront évidemment indiquées. Nous ajouterons encore le changement d'air lorsqu'il sera possible; surtout quand il s'agit d'un enfant élevé dans une grande ville où se trouvent réunies les circonstances les plus défavorables à la santé.

Tous ces moyens différens peuvent être employés dans l'intervalle des attaques ou des quintes; mais si le médecin est appelé au moment même d'un de ces paroxysmes qui semblent menacer d'une manière immédiate l'existence de l'enfant malade, quels moyens employera-t-il et quels conseils donnera-t-il aux personnes chargées de le soigner? Ici nous ne trouvons rien de spécial à la maladie qui nous occupe; si la respiration a cessé de se faire subitement on emploiera les moyens qui se trouveront le plus facilement, tels que les odeurs fortes, laver la face avec de l'eau froide pendant que le corps est plongé dans l'eau tiède, faire de fortes frictions sur les côtés, l'épine et le sternum avec ou sans embrocations stimulantes; on peut ajouter encore si on a le temps de le préparer, un lavement avec de la térébenthine, l'assa-fœtida ou l'opium, ou même composé de ces trois substances.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Note sur deux maladies peu connues des tendons des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts ; par le docteur ROGNETTA.

§ I. *Gonflement crépitant chronique de la partie antérieure inférieure de l'avant-bras.* — En parlant du diagnostic des fractures du radius, Boyer dit que « les » personnes qui exercent leurs mains à des travaux pénibles » et fatigans, sont sujettes à une affection singulière du tissu » cellulaire qui environne les muscles long abducteur et » court extenseur du pouce, dans laquelle ces muscles, » devenus un peu plus saillans, font entendre, lorsqu'on » les comprime, un bruit particulier que l'on pourrait con- » fondre avec la crépitation, et que l'on ne peut mieux com- » parer qu'à celui que produit l'amidon quand on le presse » entre les doigts. Cette sensation est si différente de la vé- » ritable crépitation causée par le frottement des fragmens » d'une fracture, qu'elle ne peut jamais en imposer à un » chirurgien exercé, etc. (Tr. des maladies chirurgicales, » t. III, p. 222). » Voilà tout ce qu'on sait à l'égard de cette maladie. Ni J.-L. Petit, chirurgien si original et si attentif, ni d'autres auteurs anciens ou modernes que je sache, n'ont dit le mot sur cette affection : elle peut cependant quelquefois devenir assez grave pour empêcher l'individu qui la souffre de se servir librement de sa main. Ayant eu une fois l'occasion d'observer la maladie en question, je vais dire quelles sont les idées que je me suis formées à ce sujet. Exposons le fait d'abord.

Obs. — Dans le courant du mois d'août 1833, il s'est présenté à la consultation de M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un homme âgé d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, imprimeur de profession, requérant du remède à l'égard d'un mal qu'il portait à la face antérieure du poignet, et de l'avant-bras. Ce mal l'empêchait de travailler depuis plusieurs jours, et il se traduisait au dehors par les caractères suivans : gonflement assez prononcé dans l'étendue de 6 pouces, sur toute la partie antérieure inférieure de l'avant-bras et du poignet. Ce gonflement affectait la forme d'un coussinet très-plat appliqué sur cette région. Peau modérément tendue, mais de couleur naturelle ; disparition des trois plis du talon de la main, qui, dans l'état normal, indiquent, comme on sait, les points correspondans des articulations radio-carpienne, carpo-carpienne, et carpo-métacarpienne. Doigts et poignet dans l'extension, et impossibilité du malade à fléchir complétement ces parties. L'homme accuse de la douleur lorsqu'on l'oblige à essayer de fléchir la main.

En palpant cette région avec les doigts, on sent une espèce d'empâtement profond, rénitent, et offrant une sorte de crépitation sourde, comme si l'on froissait entre les doigts quelques morceaux de taffetas vernissé. Cette pression devenait douloureuse si elle était un peu forte. La physionomie de ce mal avait quelque chose d'analogue à celle de certaines tumeurs hydatiques du poignet ; mais l'exploration chirurgicale attentive indiquait, sans le moindre doute, une maladie tout-à-fait différente (1). Le caractère de crépitation que je viens d'indiquer m'a paru pathognomonique dans la maladie dont il s'agit. Ce malade n'ayant pas voulu être traité à l'hôpital, le professeur fit observer aux élèves la rareté du mal, et prescrivit pour tout remède du repos et des cataplasmes résolutifs. M. Dupuytren ne s'étant pas expliqué sur la nature ni sur le siége de cette affection, j'ignore quelle est l'opinion de ce chirurgien à cet égard.

Quelles sont d'abord les causes de la maladie que nous venons d'intituler *gonflement crépitant chronique de la face palmaire du poignet et de l'avant-bras ?* D'après les réponses que le malade a faites à nos questions, nous avons appris : 1° que le mal s'est déclaré peu à peu et spontanément ; 2° qu'aucune chute ni coup d'aucune espèce sur la région malade n'en avait précédé le développement ; 3° qu'avant d'être abolies au point où on les voyait, les fonctions du poignet et des doigts étaient souvent gênées le soir, par effet des fatigues de la journée ; mais que cette gêne se dissipait par le repos de la nuit. Dans cette investigation étiologique, je ne regrette qu'une seule omission, c'est de ne pas m'être informé de l'espèce d'ouvrage manuel auquel cet homme était destiné en sa qualité d'imprimeur ; ceci aurait peut-être pu jeter quelque lumière sur l'action des causes de cette affection.

Quels sont maintenant le siége et la nature du mal en question ? Nous avons vu ci-dessus que Boyer plaçait le siége de cette maladie dans le tissu cellulaire des muscles long abducteur et court extenseur du pouce. Chez notre malade, il est impossible d'admettre cette opinion, car la crépitation se faisait sentir dans une étendue de 6 pouces, et loin du siége des deux muscles sus-indiqués. Il peut se faire, du reste, que cette affection présente différens degrés qui n'ont pas encore été étudiés. En attendant que le scalpel anatomique nous ait mis en plein jour la lésion matérielle de cette maladie, je pense 1° que cette affection consiste dans une inflammation chronique des coulisses des tendons qui passent par la région carpienne palmaire ; 2° que cette inflammation est le produit de la fatigue à laquelle est exposé le poignet de certains ouvriers, et qu'elle est accompagnée d'un épanchement de matière plastique en dedans et en dehors des gaînes séreuses ou synoviales de ces tendons ; 3° que la substance de ces coulisses tendineuses est probablement épaissie ; 4° enfin que la crépitation dont nous avons parlé dépend de la même cause qui fait *claquer* les doigts lorsqu'on s'amuse à tordre une phalange sur l'autre, ou bien qu'on les fléchit fortement en les pressant avec l'autre main. Les raisons qui me font émettre cette opinion sont les suivantes.

Les tendons à gaîne ont une structure toute particulière, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer ailleurs (2). La face externe de ces gaînes est très-lamelleuse dans certains endroits, et formée pour ainsi dire par l'agrégation d'une

---

(1) Voir la description de ces tumeurs hydatiques dans la *Revue médicale*, septembre 1833.

(2) V. Des lésions traumatiques des tendons. Archives générales de médecine, février 1834.

multitude de petites cavités séreuses, dépourvues de graisse. La liqueur qui arrose ces petites cavités, aussi bien que celle qui abreuve l'intérieur des mêmes coulisses, est de la même nature que celle de l'intérieur des cavités articulaires. (Bichard, *Elém. d'anat. gén.*) Or, lorsque les gaînes des tendons s'enflamment, elles sécrètent une quantité de matière séro-albumineuse qui claque ou crépite sous la pression des doigts; c'est ce qu'on voit après certaines contusions des articulations, certaines entorses, et même après certaines luxations. (A. Cooper's, *On dislocations*, etc., pag. 6.) Ce claquement, ou cette crépitation, est le résultat du déplacement brusque qu'on imprime à la matière synoviale sus-indiquée et à une certaine quantité de gaz qui, d'après l'opinion de M. Lobstein (*Anat. path.*, t. I, p. 61), se trouve perpétuellement disséminée, pendant la vie, dans toutes les mailles des tissus que nous venons de nommer, aussi bien que dans l'intérieur des articulations; c'est ce que les anciens appelaient *halitus vitalis*. Cela étant admis, l'opinion que nous venons d'avancer ne serait qu'une conséquence immédiate de ces faits. J'ajouterai que, tant pour la profondeur que pour la direction à laquelle on la sentait, la crépitation antibrachiale m'a paru, chez ce malade, suivre incontestablement les tendons des muscles sus-mentionnés.

D'après ces considérations, le traitement de la maladie en question n'offre rien de difficile. Si j'avais à soigner une affection de cette nature, voici d'après quels principes je me réglerais. 1° Si le mal était récent et douloureux au toucher : *repos, cataplasmes;* 2° s'il était un peu chronique et presque indolent : *bandage compressif, ablutions d'eau froide;* 3° si le mal était trop ancien pour céder à ces remèdes : *vésicatoires volans, compression évaporante* (1).

§ II. *Hydropisie des tendons de la face palmaire de la main.* — La maladie dont nous entendons parler ici consiste dans une collection de liquide formée dans une portion bornée d'une des gaînes des tendons des muscles fléchisseurs des doigts. Elle constitue une affection tout-à-fait différente des tumeurs hydatiques déjà citées, et pourrait être comparée à l'hydropisie de la bourse muqueuse antérotulienne, ou bien à l'hydranose du névrilème du nerf sciatique, décrite par Cotugno. (*De ischiade nevrosa.*) Avant de nous livrer à des considérations particulières sur le mal que nous allons décrire, exposons le fait tel que nous l'avons observé, il y a un an, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Roux.

Obs. — Une femme âgée de 45 ans, couturière, fut admise dans une des salles dudit hôpital, pour être traitée d'une petite tumeur oblongue qu'elle portait dans la paume de la main droite. Cette tumeur occupait la partie inférieure de l'os métacarpien du doigt médius, et la première phalange de ce même doigt, elle avait la figure et le volume d'un petit œuf de pigeon, était très-rénitente au toucher, sans changement de couleur à la peau, et indolente. Ce mal existait depuis huit mois, et, au dire de la malade, il était venu par suite d'une profonde piqûre d'aiguille. En palpant cette tumeur, on sent qu'elle est profondément placée au-dessous de l'aponévrose palmaire, qu'elle contient un liquide qu'on peut faire refluer dans la direction du tendon fléchisseur de ce doigt, c'est-à-dire en bas, jusqu'à l'union de la première phalange avec la seconde; en haut, jusqu'à la moitié du métacarpien correspondant, en s'élargissant un peu de ce côté et en empiétant de quelques lignes sur le métacarpien du doigt annulaire. Aucune sensation de corps hydatiques n'était perçue dans le liquide fluctuant de cette tumeur. La malade n'y éprouvait aucune sorte de douleur; elle avait, depuis un mois, été obligée de discontinuer les travaux de son état, à cause de la gêne mécanique que la grosseur causait à la main; en effet, le doigt médius ne pouvait en aucune manière être fléchi, et l'annulaire était aussi beaucoup gêné dans ses mouvemens. D'après la malade, cette affection s'était déclarée par une petite tumeur du volume d'une noisette, qui avait grandi par degrés insensibles au point où on la voyait. La piqûre d'aiguille à laquelle la femme attribuait l'origine du mal, n'avait donné lieu qu'à une douleur passagère qui s'était dissipée spontanément en quelques jours. La tumeur avait été prise pour une petite loupe ou pour un ganglion dans les commencemens.

M. Roux a jugé que la tumeur en question n'était autre chose qu'une *hydropisie de la gaîne du tendon fléchisseur du doigt médius.* Il était impossible en effet de s'en former une autre idée, d'après l'examen attentif de la partie. Cette malade est restée près d'un mois à l'hôpital; on lui a fait faire des frictions le soir avec de la pommade mercurielle, et des fomentations pendant le jour avec une solution de muriate d'ammoniaque (une once de muriate d'ammoniaque dans une pinte d'eau); on joignait aussi à ces moyens une légère compression sur la tumeur même. Bien qu'à l'aide de ce traitement continué pendant une vingtaine de jours, la tumeur eût visiblement diminué d'un cinquième, au point que la malade pouvait déjà mouvoir et même fléchir le doigt, néanmoins l'impatience de la femme de quitter l'hôpital, nous rend cette observation incomplète sous le rapport de la thérapeutique.

J'ai cherché en vain dans les auteurs l'histoire de cette maladie. Ceci nous porterait à penser ou que le mal en question est excessivement rare, ou bien qu'il a été confondu avec d'autres tumeurs d'apparences analogues dans la même région. Disons d'abord que la grosseur en question, telle que nous venons de l'esquisser, diffère essentiellement des ganglions et des tumeurs hydatiques du poignet, avec lesquelles elle pourrait être confondue. Le ganglion, en effet, est une tumeur ronde, mobile, qui naît en dehors des coulisses des tendons, immédiatement au-dessous de la peau et dont le siége le plus ordinaire est la région carpienne dorsale. Aucune de ces conditions n'existait dans le cas qui nous occupe.

Les tumeurs hydatiques du poignet ont, ainsi que je l'ai démontré dans le mémoire cité, des caractères tout spéciaux qui les distinguent essentiellement de l'hydropisie des tendons. Ainsi, par exemple, les tumeurs hydatiques ont leur origine dans la région supérieure du carpe, au-dessous du ligament carpien palmaire, et en dehors de la gaîne des tendons; tandis que rien de pareil n'est observé dans le mal en question. En outre, les tumeurs hydatiques prennent dans

(1) Pour la manière de pratiquer la compression évaporante, voyez Transactions médicales, juillet 1833.

leur marche la figure d'une petite tortue aplatie et bipartie par le ligament sus-indiqué, ressemblant parfaitement à ces tumeurs enkystées sous-péricrâniennes que les anciens appelaient *taupes* (v. Monteggia), tandis que la grosseur hydropique ci-dessus avait la figure d'un petit œuf de pigeon bien circonscrit. Ajoutez à cela que tant la nature de la fluctuation, que le siége du mal sur la phalange, dénotent incontestablement ici une maladie différente des tumeurs hydatiques.

Nous avons dit plus haut que l'hydropisie des tendons fléchisseurs des doigts pourrait être comparée à celle du névrilème du nerf sciatique. J'ajouterai maintenant que la même maladie a été observée dans le névrilème du nerf optique, j'ai moi-même réuni et publié plusieurs cas fort remarquables de cette dernière affection (1). Il y a cependant cette différence à noter entre l'hydropisie du nerf sciatique et celle du nerf occulaire ; c'est que dans le premier cas le liquide est épanché dans toute la gaîne du tronc nerveux, tandis que dans le second, le mal est circonscrit, borné et comme enkysté dans une petite portion de la cavité de la gaîne. J'ai considéré cette espèce d'hydropisie enkystée comme le résultat d'une inflammation qui aurait oblitéré le névrilème sur deux points plus ou moins rapprochés entre eux. Ne pourrait-on pas en dire autant de l'hydropisie des tendons dont il est ici question ? Ne pourrait-on pas considérer la piqûre de l'aiguille à laquelle la femme attribuait son mal, comme une cause déterminante de l'inflammation sourde que nous présumons avoir existé dans l'intérieur de la coulisse séreuse, et, par conséquent, comme une occasion réelle de l'hydropisie enkystée du tendon ? Cette idée est pour moi la plus probable : je l'adopte d'autant plus volontiers que j'ai vu de véritables hydrarthroses au genou survenir par suite d'une simple piqûre pénétrante dans cette articulation, et ne se dissiper qu'après un temps plus ou moins long.

Quel est le traitement à établir dans l'hydropisie enkystée de la gaîne des tendons fléchisseurs de la main ? Celui qui a été adopté par l'habile professeur de la Charité est certainement des plus rationnels et peut-être aussi des plus efficaces. J'aimerais seulement rendre plus actives les frictions de pommade mercurielle en joignant cinq ou dix parties de muriate d'ammoniaque dans chaque cent parties de la même pommade, ainsi que le fait M. Dupuytren pour combattre certains engorgemens chroniques. J'aimerais en outre insister principalement sur la compression locale qu'on pourrait activer en la rendant évaporante. Je voudrais enfin qu'on essayât les effets des vésicatoires volans bien cantharidés, en cas que les moyens ci-dessus se montrassent inefficaces.

Si le mal résistait à tous ces remèdes, conviendrait-il avoir recours à la ponction de la tumeur ? Voilà une question à laquelle nous ne pouvons répondre que par analogie.

Il n'en est pas ici comme dans les tumeurs hydatiques de la paume de la main. La ponction dans ces dernières tumeurs n'a ordinairement d'autre inconvénient, lorsqu'elle échoue, que de laisser reproduire le mal, à moins toutefois qu'une inflammation grave ne survienne dans tout le tissu cellulaire très-serré de la face antérieure de l'avant-bras et du poignet. Mais d'autres dangers existeraient peut-être de ponctionner une hydropisie de la gaîne des tendons ; l'intérieur de ces coulisses étant analogue à celui des cavités articulaires, l'action de l'air produirait peut-être ici les mêmes accidens que dans les hydrarthroses lorsqu'on les ouvre ; l'exfoliation du tendon serait peut-être aussi inévitable après cette conduite ; mais ne hasardons pas des conjectures que l'expérience pourrait peut-être démentir. Je pense que si le mal résistait à tous les moyens sus-mentionnés, qu'il fît ou qu'il ne fît pas de progrès, et que le malade en fût incommodé, il ne faudrait pas hésiter d'en pratiquer la ponction. J'aimerais, dans ce cas, me servir d'aiguilles à acupuncture et ponctionner la tumeur sur plusieurs points de sa surface, afin d'évacuer le liquide en une ou plusieurs séances, et provoquer une inflammation adhésive sur les parois du kyste, sans donner accès à l'air. Le séton ne pourrait convenir que comme une dernière ressource, car il ne met pas à l'abri de la mortification du tendon que nous voudrions à tout prix éviter.

Je terminerai cette note par une réflexion physiologique que j'emprunte au plus grand médecin de l'antiquité, relativement à une particularité des tendons de la main : « Cur » igitur ita longos tendines creavit (natura) et non pro- » duxit ad carpum musculos ? quia levem simul, et tenuem » esse extremam manum præstabat, quam turbâ carnium » obrutam, gravem simul et crassam fieri : multa enim ita » deteriùs et tardiùs ageret eorum, quæ nunc promptè et » bellè perficit (1). »

REVUES CLINIQUES.

—

Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Dans les précédens numéros de la Gazette Médicale, on a étudié les principaux caractères de la constitution médicale régnante, et nous avons signalé le cachet qu'elle imprime aux maladies et l'espèce de tendance à la reproduction du choléra. Cependant, parmi nos observations nombreuses recueillies dans le service clinique de M. le professeur Chomel, nous n'avons à mentionner jusqu'ici qu'un seul cas de cette maladie, promptement arrêtée dans sa marche sous l'influence d'une médication dont les opiacés formaient la base. Le choléra chez ce sujet avait débuté pourtant avec le cortége de ses symptômes les plus formidables ; coloration violacée de la peau et des ongles, traits de la face profondé-

(1) Voir sur les causes et le siége de l'amaurose. *Revue médicale*, décembre 1832.

(1) Galeni, *De usu partium*, cap. 17, p. 117. Edit. veneta 1625.

ment altérés, facies exprimant l'anxiété et la douleur, yeux caves et entourés d'un cercle livide, vomissemens fréquens, selles liquides et blanchâtres, suppression complète des urines; en un mot, elle était caractérisée par cet ensemble de symptômes, signe précurseur d'une mort inévitable et prochaine. Trois cas semblables, observés en dehors du service de l'Hôtel-Dieu, se sont aussi terminés d'une manière prompte et heureuse.

L'état hygrométrique de l'air, les variations brusques de la température et la saison des fruits, ont occasioné une foule d'affections abdominales, et particulièrement donné naissance à celles du tube digestif. Parmi les lésions du canal intestinal, l'altération des plaques de Peyer, un des élémens les plus constans de la fièvre typhoïde, s'est offerte à notre examen avec un appareil de gravité intense. Sur 9 cas d'affections de ce genre, 3 sujets ont succombé, tous dans la deuxième période de la maladie, et à la vigueur de l'âge. Ce chiffre de mortalité est bien effrayant, si l'on remarque que chez 4 de ces individus les symptômes typhoïdes n'ont pas été assez tranchés pour emporter conviction sur la nature de la maladie. D'où peuvent provenir ces résultats funestes? La thérapeutique est-elle impuissante pour combattre cette maladie, ou quelle est l'influence des divers traitemens sur sa marche, sa durée et ses terminaisons? Exposons d'abord les faits, pour en déduire ensuite des conclusions théoriques et pratiques.

Embarras gastrique. — Affection typhoïde. — Perforation de l'intestin. — Péritonite sur-aiguë. — Administration de l'opium à hautes doses. — Mort.

Obs. I. — Le nommé Lerol, âgé de 22 ans, couvreur de profession, se dit indisposé depuis quinze jours. Sa maladie a débuté par des douleurs épigastriques, une pesanteur de tête, un malaise général, et par une grande faiblesse après un travail pénible, sans nécessité néanmoins de l'interrompre ou d'en diminuer la durée. Il n'a pas perdu l'appétit, se sent même plus dispos après l'ingestion des alimens dans l'estomac. Depuis l'invasion son mal a fait des progrès lents, mais continus; et lundi seulement, 8 août, il fut obligé de suspendre son travail pour se rendre à l'Hôtel-Dieu. Pendant les trois jours qui ont précédé son admission à la clinique, le malade a éprouvé de la soif, de la chaleur, et quelques selles liquides, sans coliques, sans nausées, sans vomissemens. Examiné le 9 août, son état est le suivant: douleur épigastrique augmentée par la pression; indolence du ventre dans les différens points de la capacité abdominale; deux selles liquides dans les 24 heures; face un peu animée, tête moins pesante qu'aux premiers jours d'invasion, langue humide et couverte d'un enduit jaune, verdâtre, rosée vers la ligne médiane, et tachée, à sa pointe, du même enduit, mais moins épais; rien d'anormal dans la poitrine; pouls large et résistant; il frappe 80 pulsations par minute; la peau est chaude, sans âcreté; le sommeil est agité, sans délire. (Saignée de trois palettes, 3 lavemens, solution de sirop de gomme, diète.)

Le lendemain peu de céphalalgie, mais douleur à la gorge et mouvement fébrile intense. Les deux jours suivans il se déclare une légère épistaxis; la pesanteur de tête augmente, et la faiblesse et les vertiges rendent pour le malade la station impossible. (Diète, lavemens, cataplasmes sur l'abdomen, et solution de sirop de gomme.)

Ce fut dans la journée du 13 au matin que le malade, allant à la selle, éprouva des douleurs vives à l'anus, avec difficulté extrême d'expulser ses matières fécales. Il prend un lavement, et fait des efforts violens pour le rendre; et pendant la contraction de ses muscles abdominaux, il ressent une souffrance atroce avec déchirement dans la fosse iliaque droite. Bientôt la douleur arrive à son summum d'intensité; l'agitation du malade est extrême; il se roule dans son lit, et ne pouvant trouver du soulagement à ses souffrances, il se couche quelques instans à plat-ventre sur le carreau. Des gaz s'échappent de l'estomac sans vomissemens ni nausées, l'abdomen, sensible à la pression, surtout dans le flanc droit, est tendu comme dans une péritonite; le facies est pâle, exprime la douleur sans altération profonde des traits, le pouls donne 120 pulsations (la langue est sèche et humide.) 60 sangsues sur le ventre, 10 pilules d'opium d'un grain chaque, à donner de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce qu'elles procurent du repos au malade; glaçons à l'intérieur.

Le 15, pâleur extrême, sueurs froides, pouls misérable, mouvemens du cœur tumultueux, assoupissement profond et ventre tendu. (Prescr.: 15 gr. d'opium en pilules de 2 gr. chaque; glace à l'intérieur.) Mort à 10 heures du soir.

Autopsie 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. Constitution forte, embonpoint médiocre, membres souples, ventre météorisé.

A l'ouverture de l'abdomen, l'estomac et les intestins paraissent distendus par des gaz; un épanchement d'un liquide jaunâtre, résultat du mélange des matières fécales avec la sérosité, siége dans la cavité péritonéale; les intestins sont rouges et reconverts de brides celluleuses et de fausses membranes; une perforation existe à 4 pouces de la valvule iléo-cœcale; elle occupe le centre d'une escarre gangréneuse noirâtre de plusieurs lignes de diamètre, et qui comprend toute l'épaisseur des parois intestinales. On observe aussi à peu de distance un second point gangréneux, mais la séreuse dans cet endroit n'est pas encore mortifiée. Les plaques de Peyer étaient à peine altérées; elles présentaient une légère saillie et l'aspect d'une barbe nouvellement faite; mais les valvules conniventes étaient au contraire très-saillantes, et les ganglions mésentériques, surtout dans la partie moyenne du mésentère, rouges, tuméfiés et ramollis, tandis que vers les points gangréneux leur altération était à peine sensible. Les autres viscères des différentes cavités n'ont rien offert d'anormal, la rate seule avait le double de son volume ordinaire, et présentait un ramollissement notable dans sa texture.

Affection typhoïde sous forme ataxique. — Emploi successif des saignées, des chlorures et des toniques. — Mort.

Obs. II. Le n° 28 de la salle Ste-Madel, est occupé par un

malade âgé de 28 ans, et boulanger de profession. Il est d'une forte constitution, et habite Paris seulement depuis 8 mois. L'invasion de la maladie fut caractérisée par un malaise général qui dura une semaine environ. Il se livrait néanmoins à ses occupations journalières ; mais depuis huit jours tout exercice lui devint impossible. Ce malade est d'une faiblesse extrême ; il éprouve de violens vertiges dans la station ; son ventre est tendu et douloureux à la pression ; il a des nausées continuelles et une légère toux avec inappétence complète. Plusieurs épistaxis se sont déclarés avant son admission à la clinique. La poitrine donne à l'auscultation un léger râle sibilant des deux côtés ; l'expectoration fournit des crachats muqueux ; et quoique la céphalalgie ne soit pas vive, le malade a pourtant déliré toute la nuit. La peau est chaude ; la langue rouge sur ses bords, la soif ardente, et le pouls donne 120 pulsations par minute. (Saignée de 3 onces ; solution de sirop de gomme, bains, cataplasmes et lavemens chlorurés, diète.)

Le 3. Le malade a déliré toute la nuit ; néanmoins il répond juste aux questions qui lui sont adressées ; les traits de son visage sont épanouis ; il n'accuse aucune douleur particulière. (Petit-lait chloruré, etc.)

Le 4. Délire violent ; mouvemens répétés et involontaires, bouche entr'ouverte, langue sèche et collante, lèvres recouvertes d'une pellicule noirâtre, facies hébété, pouls fréquent. (Saignée de dix onces, et les chlorures à l'extérieur et à l'intérieur.)

Le lendemain l'état du malade s'est aggravé ; tous les symptômes ont augmenté d'intensité ; le ventre est ballonné et la respiration difficile. Le malade paraît étranger à tout ce qui l'environne ; il est dans un assoupissement continuel, et sa peau présente à la vue un aspect terreux et plombé. (On prescrit la continuation des chlorures.)

Le 6. Stupeur profonde ; déglutition difficile ; langue sèche et racornie ; dents fuligineuses ; haleine fétide ; ventre météorisé ; déjections involontaires ; pouls à 140 pulsations par minute. (Vésicatoires aux jambes, administration des chlorures et des toniques.)

Le 7. Même état. (Potion de quinquina avec addition de musc, et lavement de musc. Mort à 4 heures du soir.)

Autopsie 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. Constitution forte, embonpoint médiocre, ventre météorisé.

Abdomen. Les intestins sont distendus par les gaz ; leur surface extérieure est d'un blanc jaunâtre dans les parties supérieures, et d'une teinte rouge violacée à l'extrémité de l'iléum, dans l'étendue d'un pied environ ; les glandes mésentériques, tuméfiées et ramollies, sont d'un rouge assez vif. Près de la valvule iléo-cœcale, les plaques de Peyer sont boursouflées et rougeâtres, mais ne présentent ni escarres ni plaques jaunâtres. Les follicules isolées sont gonflées ; les agminés présentent un aspect rétiolé. En remontant vers les parties supérieures de l'intestin grêle, on trouve des plaques larges, rouges et saillantes ; viennent ensuite des taches rosées sans saillies, enfin un pointillé noir sans ulcération et sans dépression.

Les poumons sont gorgés d'un sang noirâtre ; la rate présente trois fois son volume ordinaire ; son tissu et celui du foie offrent une teinte violacée et un ramollissement notable. Rien de particulier dans la cavité crânienne.

Fièvre typhoïde intense. — Emploi du musc et des affusions d'eau à 18 degrés de température. — Mort.

OBS. III. — Gérard Nicolas, serrurier, âgé de 18 ans et d'une constitution forte, est malade depuis 15 jours. Pendant le temps qui a précédé son admission au n° 34 de la clinique, il a éprouvé des frissons, de la céphalalgie, des brisemens dans les membres, de l'inappétence, et sa faiblesse l'oblige de suspendre son travail pour s'aliter.

Le jeudi 19 juillet, persistance de tous ces symptômes et augmentation dans la douleur de tête, de plus, insomnie rêvasserie et délire ; une légère épistaxis se déclare, et la pression dans la région iliaque droite fait éprouver au malade le sentiment d'une vive douleur. Sa langue est sèche ; la bouche pâteuse et amère ; la soif ardente, et le malade a eu régulièrement une selle chaque jour. On prescrit une saignée.

Examiné le 20, son état est le suivant : décubitus dorsal ; expression d'accablement ; un peu de fixité dans le regard ; réponses, lentes, mais justes ; céphalalgie violente et frontale. Il refuse de se mettre sur son séant, et ne peut porter la main à la tête sans faire des efforts et éprouver une grande fatigue. La douleur abdominale persiste avec insomnie et rêvasseries ; la pression donne un léger bruit de gargouillement dans la fosse iliaque droite, et l'auscultation un peu de râle sibilant accompagné d'une toux sèche. La langue, demi-collante, est recouverte d'un enduit blanchâtre ; la bouche est pâteuse, la soif ardente, l'inappétence complète, et la peau n'offre au toucher que sécheresse et chaleur. Le pouls donne de 95 à 100 pulsations par minute. On prescrit les chlorures.

Le 21 et le 22, faiblesse extrême, ventre tendu, taches rosées à la peau, pouls fébrile ; l'affaissement est si profond, que le malade ne répond pas et ne tourne pas même les yeux vers celui qui lui parle. Prescription : 12 sangsues aux oreilles, les chlorures.

Le 23. Le délire est continuel ; la respiration devient difficile, les selles sont involontaires, la langue reste sèche et brunâtre, et la peau brûlante au toucher. (Lavement et potion à 8 grains de musc, bain de tout le corps, affusions d'eau froide sur la tête, à 18 degrés de température.

Le 24. Les symptômes s'aggravent ; l'agitation est extrême, le délire taciturne ; le pouls fréquent, et le ventre météorisé ; on continue le même traitement, et la mort arrive le 27 juillet.

A l'autopsie on remarque une adhérence forte de la pie-mère au cerveau ; les méninges sont un peu rouges, et les sinus remplis d'un sang noirâtre ; mais les principales altérations se manifestent aux plaques de Peyer, près de la valvule iléo-cœcale ; elles présentent un aspect gonflé ; plusieurs sont recouvertes d'escarres jaunâtres ; d'autres présentent un commencement d'ulcération, tandis que la muqueuse, qui n'a pas participé à l'inflammation, est d'une pâleur extrême. Les ganglions mésentériques sont rouges, tuméfiés et ramollis. La rate et le foie présentent aussi un ramollissement

notable ; la muqueuse de l'estomac, légèrement boursouflée, offre un aspect mamelonné et laisse apercevoir des vestiges de phlogose.

Nous avons rapproché ces trois faits pour en tirer quelques conséquences pratiques ; remarquons d'abord que ces trois sujets étaient dans la vigueur de l'âge et nouvellement acclimatés à Paris. Quoiqu'il nous paraisse impossible de déterminer les circonstances qui rendent plus fréquent le développement des fièvres typhoïdes, M. Chomel pense que l'acclimatement des provinciaux dans la capitale les prédispose à ce genre d'altération ; tous les trois ont succombé, et c'est une preuve de plus à ajouter à l'opinion de ce professeur, qui a observé que la mortalité était en raison directe de la vigueur des individus affectés de fièvre typhoïde, et de leur séjour récent à Paris. Nous aurions pu opérer ces calculs sur une plus grande échelle et donner par ce moyen plus de valeur à nos résultats ; ainsi, sur trente-six malades atteints d'affection typhoïde et admis à la clinique depuis le 1er novembre 1833 jusqu'au 9 août 1834, dix ont succombé et le plus grand nombre se trouvait dans ces conditions malheureuses. La saison n'est pas restée sans influence sur la production de cette maladie et ses terminaisons ; la proportion des malades et des morts était plus forte dans les temps rigoureux qu'au printemps et pendant les chaleurs de l'été.

L'affection typhoïde s'est d'ailleurs constamment dessinée sous les mêmes traits. Les principaux symptômes qu'elle offrait à notre investigation étaient d'après l'ordre de leur fréquence, la céphalalgie, les vertiges, l'inappétence, la faiblesse, la stupeur, l'état saburral de la langue, sa sécheresse, le météorisme, le délire, les épistaxis, les éruptions de petites taches rosées à la peau, la prostration externe des forces, le trouble complet de l'intelligence, et un appareil fébrile intense. Dans quelques cas il était très-difficile d'asseoir un diagnostic certain ; la maladie a offert quelquefois dès son début l'analogie la plus parfaite avec la gastro-entérite; mais plus tard l'ensemble des symptômes, l'éruption des taches rosées, et après la mort l'examen des plaques de Peyer ne permettaient plus de confondre ces deux affections entre elles. Si le malade succombait avant le dixième jour de la maladie, nous remarquions aux follicules agminés un boursouflement avec escarres ou légères taches jaunâtres; la rate était aussi molle et gonflée, et les ganglions mésentériques, rouges et tuméfiés. La mort arrivait du onzième au vingtième jour. Les plaques présentaient des ulcérations à bords rouges et saillans ; les escarres étaient détachées et les ganglions mésentériques avaient un aspect brunâtre. Le foie et la rate augmentés de volume offraient dans leurs textures une consistance moindre, et dans leurs nuances une teinte violacée. Du vingt-unième au quarantième jour les bords des ulcères affaissés étaient d'une couleur ardoisée ; mais la rate se trouvait moins volumineuse et plus ferme.

Enfin nous avons observé un cas de perforation des intestins avec épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale chez le malade qui fait le sujet de notre première observation. A peine ce terrible accident se fut-il déclaré, qu'il n'échappa pas à l'œil observateur de M. Chomel ; ce professeur détermina approximativement le siége de la perforation qu'il plaçait aux environs de la valvule iléo-cœcale, et tous nous avons pu vérifier la justesse de son diagnostic. Cependant, malgré les souffrances horribles qu'endurait ce malade, son visage restait épanoui, et l'on n'observait pas cette altération profonde des traits qui grippe la face des sujets atteints de péritonite suraiguë. Quelques temps auparavant nous avions remarqué cette décomposition de la physionomie sur un individu qui eut une perforation intestinale à la suite d'une fonte tuberculeuse. Une diarrhée opiniâtre sans mouvement fébrile et sans autre symptôme de cette dégénérescence, avait été pendant six mois le seul indice de cette altération. Un tubercule de l'intestin suppura et perforant ses membranes permit l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen, une péritonite suraiguë se manifesta aussitôt et la mort en fut la triste conséquence. La lésion diagnostiquée pendant la vie, fut vérifiée exacte à l'autopsie, et l'opinion de M. Louis, qui prétend que chez les adultes du moins la présence des tubercules dans les intestins coïncide toujours avec une altération du même genre aux poumons, fut pleinement confirmée. Des cas de perforation semblable sont des plus rares, car l'anatomie pathologique a démontré que lorsqu'une ulcération tuberculeuse corrode les parois intestinales, la portion des membranes qui échappe à cette suppuration s'épaissit, et pose une barrière à l'action corrosive du mal et à l'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Mais revenons au malade de notre première observation. On a dû remarquer que les phénomènes fébriles n'étaient pas en raison directe du degré d'altération des plaques de Peyer ; des points gangréneux mortifient les membranes de l'iléum et cependant les symptômes locaux avant la perforation ne décèlent aucune gravité dans la lésion matérielle. Observez en outre que d'après ce fait et autres publiés jusqu'à ce jour, il semble que les perforations sont surtout à redouter dans les cas où un petit nombre de plaques se trouvent affectées. La perforation est en effet très-rare dans les fièvres typhoïdes caractérisées par des ulcérations multiples envahissant la presque totalité de l'intestin. Un épanchement de liquide jaunâtre dans la cavité du péritoine est un signe non équivoque de cette fâcheuse complication ; dans la simple inflammation de la séreuse, le liquide sécrété est blanchâtre, et c'est à son mélange avec les matières fécales épanchées qu'est due cette coloration en jaune l'un des indices de la perforation. Une autre altération non moins remarquable qui a frappé notre attention, c'est le boursouflement et la saillie considérable des valvules conniventes. Déjà des anatomo-pathologistes avaient signalé cette lésion comme constante dans la péritonite, et trouvaient l'explication de ce phénomène dans le retrait, la contraction des fibres musculaires de l'intestin qui se crispent par les effets des douleurs violentes qui accompagnent cette inflammation ; quelque ingénieuse que puisse paraître cette opinion, toujours est-il que, dans les lésions de ce genre, les intestins ont considérablement diminué de longueur. Mesurés chez le cadavre qui fait le sujet de ces réflexions, ils n'ont donné que trois fois la longueur totale du corps, tandis que chez un autre individu, en établissant d'ailleurs des proportions relatives, le canal digestif donnait un tiers de plus d'étendue.

Si nous consultons les circonstances qui ont précédé le dé-

veloppement de cette péritonite suraiguë, nous sommes portés à croire que la perforation a lieu pendant les efforts violens du malade pour aller à la selle. C'est alors, en effet, qu'il a ressenti une vive douleur dans la fosse iliaque droite, et dès ce moment la scène morbide a complétement changé d'aspect ; le symptômes formidables de la péritonite se sont déclarés, et le malade a été voué à une mort certaine. L'ouverture du cadavre a fait découvrir une perforation de plusieurs lignes de diamètre, au centre d'une escarre, et nous ne doutons pas que, si l'existence du malade se fût prolongée, un autre point gangréneux comprenant les tuniques internes de l'intestin n'eût fini par envahir la séreuse et produire une seconde perforation.

Mais ce n'est pas tout d'avoir diagnostiqué une altération, il ani encore la combattre. Dans ce cas les ressources de l'art sont malheureusement impuissantes. La première indication est de s'opposer à l'épanchement des matières fécales dans la cavité du péritoine et d'éviter par là les accidens redoutables qui résulteraient de l'inflammation de cette séreuse. Trop heureux si l'on pouvait circonscrire la péritonite par des adhérences salutaires ; car la gravité du mal est souvent liée à son étendue ; les dangers seraient alors en quelque sorte conjurés, et une lueur d'espérance viendrait encore nous assurer. Une médication active sera donc dirigée contre les progrès de l'inflammation : on appliquera bon nombre de sangsues sur les différens points de l'abdomen surtout dans la fosse iliaque droite ; mais une triste expérience nous a prouvé le peu d'efficacité de cette ressource pour éteindre la maladie.

Confiant dans la bonne foi des observations rapportées par les Anglais, M. Chomel a administré à ce malade l'opium à haute dose, mais sans résultats avantageux : cet insuccès ne doit pourtant pas faire proscrire ce médicament de la thérapeutique d'une lésion contre laquelle nous ne connaissons aucun autre moyen de guérison. Si l'on cherche à se rendre compte de ses effets dans la perforation intestinale, on est autorisé à penser qu'il agit en détruisant la contractilité des fibres musculaires du tube digestif et diminuant par là les chances d'épanchement dans la cavité du péritoine. De plus, les substances opiacées jouissent de la précieuse vertu de calmer la douleur et par suite l'inflammation ; car depuis les travaux de Sarcone, tous les pathologistes savent que les souffrances peuvent devenir causes et élémens de phlogose.

Le pronostic des affections typhoïdes est toujours des plus graves, et quoiqu'une amélioration sensible se manifeste dans les symptômes avant le treizième jour de la maladie, gardez-vous de juger favorablement de son issue. A cette époque, la convalescence est impossible, et si le mouvement fébrile diminue, si le malade demande des alimens, s'il éprouve un mieux-être général, ne condescendez pas à ses vœux, le repentir suivrait de près la complaisance, et la récrudescence des accidens entraînerait une mort à peu près certaine.

Les malades affectés de fièvre typhoïde et admis à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans le courant de cette année scolaire, ont été successivement traités : les uns par de simples boissons délayantes, les autres par les saignées et les chlorures, un petit nombre enfin par les excitans et les toniques. En établissant un tableau de comparaison sur les divers résultats de ces différentes médications, on arrive à cette conclusion, savoir, que la mortalité est toujours la même, soit que le malade ait été soumis à une méthode expectante, soit qu'il ait fait usage des préparations chlorurées. Dans tous les cas la mort a emporté le tiers des malades. Gardons-nous pourtant de tirer de ce rapprochement un argument contre l'emploi des chlorures ; l'expectation, en effet, a été mise en usage pour des affections typhoïdes légères, tandis que les chlorures ont été administrés lorsque ces fièvres se dessinaient avec leurs caractères les plus alarmans. Ajoutons ici que pour bien constater l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique, il faut l'employer du septième au dixième jour, et ne pas attendre que la maladie soit entièrement jugée.

Nous ne devons pas passer sous silence un mode de traitement adopté par M. Piédagnel, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris. Si les résultats qu'il annonce, et nous ne saurions en douter, sont conformes à la vérité, sa médication doit offrir des avantages réels sur celles qui l'ont précédée. C'est en sollicitant des évacuations alvines abondantes et réitérées qu'il triomphe de la violence des affections typhoïdes. Tous les jours, il administre à ses malades une bouteille d'eau de Sedlitz, et si cette proportion ne suffit pas pour procurer des selles fréquentes, il en augmente la dose sans astreindre les fiévreux à une diète sévère. M. Piédagnel assure ne perdre qu'un sujet sur 15 ; ce résultat est des plus beaux, si l'on considère que dans l'affection typhoïde, malgré le traitement le plus rationnel, la mortalité a toujours été représentée par la fraction 1/6. M. Delaroque, à l'hôpital Necker, emploie de même les purgatifs, et ses succès sont aussi heureux que surprenans.

Des deux malades qui font le sujet des dernières observations, le premier a été traité simultanément par les chlorures et les toniques, le second par le muse à hautes doses et les affusions d'eau à 18° de température. Dans ces deux cas, la maladie s'est terminée par la mort ; mais nous aurions pu choisir d'autres exemples où ces médications ont été suivies du plus heureux succès. On n'accusera pas d'avoir négligé les évacuations sanguines ; dès le début de l'affection typhoïde, plusieurs malades ont été saignés jusqu'à débilité complète, mais ces moyens ont cessé d'être employés dès l'apparition des symptômes adynamiques. Il conviendra d'user des émissions sanguines pour *étrangler* l'inflammation, lorsque cette affection se présente avec des caractères phlogistiques bien tranchés, lorsqu'elle frappe des individus dans la vigueur de l'âge, à constitution forte et à tempérament pléthorique ; mais il faut être réservé dans leur emploi lorsqu'on a lieu de craindre qu'elles aggravent les phénomènes d'adynamie qui surviendront inévitablement. Dans la seconde période de la maladie, remarquable par une sécrétion d'humeurs plus abondante, les astringens et les chlorures ont paru devoir obtenir la préférence. Dans la troisième enfin, celle de débilité, les toniques réunissent des avantages que tout observateur de bonne foi n'oserait contester.

Mais la fièvre typhoïde n'offre pas toujours la même régularité dans sa marche, et le difficile est de saisir les temps et les indications. Ses symptômes peuvent varier à l'infini, comme les altérations organiques qu'ils traduisent. Ces réflexions nous confirment dans la pensée que la lésion des

plaques de Peyer ne saurait constituer en elle seule toute la maladie typhoïde ; elle en est, il est vrai, un des caractères les plus constans ; mais cette affection peut exister sans ce genre d'altération, de même qu'une variole peut se manifester sans éruption pustuleuse de la peau. Ces deux maladies, d'ailleurs, ont des points de contact que nous examinerons en temps opportun. Nous n'avons fait qu'effleurer le sujet, nous réservant le droit, dans nos prochaines revues, de revenir sur cette question intéressante.

Abcès enkysté du cerveau. — Ramollissement et hémorrhagie cérébrale. — Vomitif. — Mort.

Obs. IV. — Une femme âgée de 47 ans et n'étant pas réglée depuis 18 mois, fut admise jeudi 31 juillet à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu, dans le service de MM. Récamier et Trousseau. Depuis la cessation de ses menstrues, cette malade a constamment éprouvé de violens maux de tête, qui ont nécessité des saignées répétées. La dernière fut pratiquée il y a douze jours, et le lendemain, d'après le récit de cette femme elle fut comme frappée d'une attaque. Dès ce moment la douleur de tête a été plus vive ; elle occupe la région frontale et antérieure du crâne, et force la malade d'entrer à l'hôpital. Elle s'y rendit à pied, monta seule les degrès, et se coucha sans l'assistance des servantes.

Examinée à la visite du 31 juillet, son état est le suivant : céphalalgie intense, vomissemens fréquens, quelques phénomènes hystériques, pas de paralysie, pas d'éblouissemens, ni stupeur, ni vertiges, ni lésion de la sensibilité ; la langue est blanchâtre ; la bouche amère, et les matières rejetées par les vomissemens, analogues à la bile. On prescrit un émétique. Pendant les effets du vomitif, la céphalalgie augmente d'intensité, et cette médication ne procure aucun soulagement à la malade. Le lendemain, même état ; de plus, bâillemens très-fréquens, respiration normale et réponses justes.

Le lendemain au matin, la scène morbide est totalement changée ; voici les principaux phénomènes qui la caractérisent : stupeur, diminution notable des mouvemens, résolution incomplète du bras droit, réponses tardives ; la malade sort et retire sa langue avec la même rapidité ; le pouls donne 56 pulsations par minute.

Le dimanche 3 aout, nouvelle gravité dans les symptômes; décubitus sur le dos ; la respiration est à 18 et le pouls à 52 ; point de strabisme ; dilatation régulière des pupilles ; les extrémités thoraciques et pelviennes du côté gauche du corps sont dans un état de résolution complète ; celles du côté droit jouissent encore d'un peu de liberté dans leurs mouvemens ; buccination et bouche légèrement déviée à droite ; la sensibilité générale est entièrement émoussée; le bras gauche ne possède plus aucune espèce de résistance musculaire ; la face est injectée, et la langue est blanchâtre.

Le lundi, sa situation empire ; on observe l'insensibilité de l'œil gauche ; la distorsion forte de la bouche, la contraction égale des pupilles et un carrus profond ; mais les extrémités présentent dans l'extension une légère résistance musculaire involontaire.

Hier 4, le pouls a doublé de vitesse ; il est à 104, et la respiration à 24 par minute ; la peau est chaude ; la stertur profonde ; aucun phenomène convulsif appréciable ne se déclare, et la mort survient dans la matinée du 5.

Autopsie 6 heures après le décès.

La cavité crânienne seule a été ouverte : rien de particulier aux méninges et à la surface extérieure du cerveau ; mais un abcès volumineux, rempli d'un pus bien lié et verdâtre, occupe le lobe postérieur et droit du cerveau, à la jonction de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, la matière purulente, en tout analogue à celle d'un abcès de toute autre région, est circonscrite par une fausse membrane épaisse, consistante et offrant l'aspect et la texture d'une muqueuse. On observe des granulations multiples sur sa paroi interne. La substance cérébrale qui avoisine ce foyer est ramollie et d'une consistance gélatiniforme. D'abord ce ramollissement est verdâtre, mais en s'éloignant du siége de l'abcès, la pulpe du cerveau est diffluente et blanchâtre. Les parois ventriculaires sont aussi ramollies ; le ventricule droit contient une petite quantité de sérosité purulente. Une hémorrhagie, ou plutôt une légère suffusion sanguine, occupe le pédoncule gauche du cerveau ; le droit présente au contraire un ramollissement d'un blanc grisâtre.

Signes d'affection cérébrale profonde. — Aucune altération appréciable après la mort.

Obs. V. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est âgé de 14 ans, et sa santé jusqu'à ce jour a toujours été bonne. Dimanche 10 août, se promenant à la campagne, il monte sur un arbre pour cueillir des fruits, mais bientôt il se laisse glisser le long du tronc, et tombe par terre sans connaissance. Alors ses membres se raidissent, ses yeux se renversent, et tout son corps est agité de mouvemens convulsifs et violens. On le transporte à Paris en voiture, et pendant la route les mêmes phénomènes se répètent par intervalles rapprochés. Après la première de ces attaques, l'enfant avait repris l'usage de ses sens, la vue seule était troublée ; il n'apercevait pas même les objets environnans ; il ne se plaignit d'aucune douleur, et répondit juste et par monosyllabes aux questions qu'on lui adressait. Bientôt une seconde attaque suivit la première, et depuis lors un état comateux profond sépare l'intervalle de ces accès épileptiformes. Il fut admis au n° 38 de la salle Ste-Madeleine de l'Hôtel-Dieu, et examiné le 12 août au matin Son état est le suivant : décubitus sur le dos ; tête légèrement inclinée à droite ; pâleur extrême, yeux entr'ouverts, pupilles contractées et immobiles ; lèvres salies par des mucosités blanchâtres et mousseuses ; mâchoires fortement serrées ; résolution complète de toutes les extrémités du corps ; insensibilité générale et anéantissement des facultés intellectuelles. Les membres, soulevés et abandonnés à leur propre poids, retombent comme des masses inertes ; respiration forte ; pouls fréquent ; chaleur modérée à la peau ; déjection d'urines involontaire ; déglutition impossible et constipation depuis trois jours. Depuis son entrée à

l'hospice, l'enfant a eu plusieurs mouvemens convulsifs caractérisés par des secousses uniformes dans les membres, et une altération profonde des traits. Le médecin qui le premier lui avait donné des soins en ville, avait fait appliquer des sangsues à la partie interne des cuisses, et promener des sinapismes sur les membres pelviens. On prescrit la diète et une saignée du pied ; deux heures après, application de 20 sangsues derrière les oreilles, et de compresses imbibées d'eau froide sur la tête ; lavement de séné, limonade avec la crême de tartre soluble.

Le 13, pâleur cadavérique, yeux entr'ouverts, pupilles légèrement dilatées, coma profond, respiration bruyante, râle des agonisans, extrémités et sueur froides. (Prescription : Raser la tête du malade pour appliquer un large vésicatoire sur le cuir chevelu.)

Mort en 11 heures.

L'autopsie, pratiquée 22 heures après le décès, ne laisse apercevoir aucune altération. Rien de particulier aux méninges, peut-être un peu plus de rougeur qu'à l'état normal, et dans quelques points légère adhérence de la pie-mère à la substance cérébrale. Les hémisphères cérébraux paraissent un peu aplatis ; l'encéphale, du reste, examiné avec la plus scrupuleuse attention, ne donne que des résultats négatifs ; rien aux parties centrales, rien dans les ventricules, rien aux couches optiques, etc., etc. A l'origine des corps striés se trouve un petit tubercule de forme mamelonnée et du volume d'un grain de chanvre, mais sans aucun ramollissement ; les poumons contiennent aussi des tubercules à l'état de crudité. L'ouverture du canal rachidien ne laisse apercevoir aucune lésion sensible.

Ces deux observations semblent prouver que, dans les maladies de l'encéphale, les désordres fonctionnels ne sont pas toujours en rapport avec les altérations organiques. Chez la femme qui fait le sujet de la première observation, un vaste abcès s'est développé dans le cerveau sans donner pendant long-temps aucun signe de sa présence ; chez l'enfant, au contraire, les désordres fonctionnels sont profonds, et cependant après la mort le scalpel ne peut découvrir la moindre altération matérielle capable d'en donner raison suffisante. Ces assertions paraîtraient gratuites à certains esprits, si les faits n'étaient là pour les confirmer. Remarquons que le kyste qui tapissait le foyer purulent présentait une organisation trop parfaite pour supposer un seul instant qu'il fût le résultat d'un travail récent ; nous demeurons convaincus qu'il existait dans le cerveau de cette femme, avant l'apparition des symptômes indiquant les progrès du dernier ramollissement. Mais, nous dira-t-on, est-il possible qu'une altération semblable puisse exister long-temps dans un des lobes du cerveau sans se déceler au dehors que par une céphalalgie plus ou moins intense? Nous répondons par l'affirmative, en invoquant le témoignage du professeur Lallemand, qui a rapporté des observations multiples où des inflammations chroniques du cerveau ont détruit tout un hémisphère sans que rien ait pu faire soupçonner leur existence pendant la vie. La clinique de M. Andral renferme quatre observations dans lesquelles des ramollissemens du cerveau, variables par leur siége et leur étendue, ne déterminaient ni douleurs de tête, ni désordres de l'intelligence, ni altérations du mouvement, ni troubles des sensations. D'ailleurs, des abcès ne se manifestent-ils pas au foie sans produire l'ictère et sans déterminer des douleurs dans la région qu'occupe ce viscère? Le poumon n'est-il pas quelquefois dans le même cas?

L'enfant qui fait le sujet de notre seconde observation présentait un ensemble de symptômes les plus alarmans. L'épilepsie par elle-même n'est pas dans son début une maladie dangereuse ; mais elle finit par produire à la longue des désordres secondaires, le trouble des facultés intellectuelles, et une altération profonde des traits. Si les accès épileptiques, comme chez cet enfant, sont séparés entre eux par un coma profond, on doit soupçonner l'existence d'une altération matérielle de l'encéphale, et le pronostic devient fâcheux. Ici pourtant l'autopsie n'a fourni que des résultats négatifs, et les désordres fonctionnels semblaient présager une lésion organique des plus palpables. Pour explication plausible des phénomènes, on est forcé d'admettre une modification quelconque survenue à l'encéphale, qui a déterminé tous les accidens ; car un effet ne saurait exister sans cause, et dans l'épilepsie la cause paraît résider au cerveau. Nos moyens d'investigation ont été, il est vrai, impuissans pour la faire découvrir ; mais pourrions-nous, par exemple, apprécier la modification qui survient dans un bâton de résine lorsque par le frottement vous développez en lui l'électricité? Nous la jugeons d'après ses effets sans pouvoir cependant en apprécier la cause. Cette modification n'est que passagère ; elle n'a lieu que dans certaines conditions, sous certaines influences, et ce n'est pas forcer les rapprochemens que d'établir une pareille comparaison.

Le petit malade a été soumis à un traitement rationnel et des plus énergiques ; mais, nous le demandons, dans ces cas désespérés que peuvent les remèdes contre la violence du mal?

Hémoptysie abondante. — Traitement par les préparations de plomb. — Guérison. — Colique saturnine. — Traitement de la Charité.—Guérison.

Obs. — Un charpentier, âgé de 26 ans environ, crachait tous les jours du sang depuis dix mois, et évaluait à une demi-pinte la quantité qu'il en expectorait tous les matins. Cependant il n'était pas survenu d'amaigrissement considérable, et non-seulement le malade ne s'astreignait pas à un régime sévère, mais encore il se livrait aux mêmes excès qu'auparavant. Bien plus, il dit éprouver un mieux-être sensible après la répétition fréquente des plaisirs vénériens. Il est admis au n° 24 de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et sous l'influence d'un traitement rationnel dont les préparations de plomb formaient la base, il guérit de son hémoptysie. Néanmoins le professeur concevant des doutes sur la possibilité de la présence de tubercules aux poumons, détermine le malade à aller exercer sa profession sous le beau ciel de la Provence. Il obtient son exeat ; mais le jour même de sa sortie de l'Hôtel-Dieu, et sans pouvoir en apprécier la cause, il est pris de douleurs de ventre les plus violentes. Il rentre donc le lendemain à la clinique, et trouve place au n° 26. Examiné à la visite du matin son état est le suivant : douleurs abdominales très-vives à la région qu'occupe la vési-

cule du fiel; le malade change constamment de place, s'agite dans son lit, et ne trouve aucune position pour calmer ses souffrances; insomnie; vomissemens fréquens et abondans; constipation opiniâtre sans fièvre, sans chaleur à la peau. Les sclérotiques présentent une teinte légèrement jaunâtre; le pouls donne 60 pulsations par minute.

Le 10 août. On prescrit une potion avec l'huile de ricin. Elle est entièrement rejetée par le vomissement, et les lavemens administrés au malade le soulagent sans entraîner des matières fécales. Les douleurs s'étendent aux bourses; dans les crises violentes les testicules remontent vers l'anneau; l'urine, sécrétée en petite quantité est épaisse et chargée; les vomissemens liquides et verdâtres sont d'une amertume extrême. Le malade éprouve des renvois gazeux, des tiraillemens dans les jambes et une douleur lombaire qui occupe la ligne médiane. D'ailleurs pas de fièvre pas de chaleur à la peau et persistance de la constipation.

Le 11. (Prescription : eau de casse avec add. 6 gr. émétique; solution de sirop de groseilles; lavement purgatif; le soir, thériaque avec 2 gr. d'opium; diète.)

Le 12. Vomissemens moins fréquens; persistance de la constipation; douleurs abdominales moins vives; fièvre nulle; sommeil léger, et suffusion ictérique des yeux assez prononcée. (lav. purg. des peintres; pot. purg. des peintres; lav. laud. des peintres; thériaque avec 2 gr. opium; solut. sirop de gros.; diète.)

Le 13. Le malade est allé 6 fois à la selle; matières fécales moulées; plus de vomissemens, plus de douleurs abdominales. (Même prescript.)

Le 14. Le mieux continue. (Bouillon aux herbes, thériaque 2 gr. opium; lavement de lig. avec pavot.)

Le 15. Il entre en convalescence, et le 17 il obtient son *exeat*.

En procédant par voie d'exclusion, nous pouvons arriver au diagnostic de cette maladie. Dans un autre lieu, nous examinerons les avantages et les inconvéniens de cette méthode. Disons ici par anticipation que, réduite à ses seuls élémens de comparaison, elle peut rarement conduire à la vérité, et souvent, au contraire, engendrer l'erreur; car cette méthode ne pourrait donner de résultats positifs que si nos cadres nosologiques étaient complets; or, combien de maladies échappent encore dans leur essence à notre investigation, et se refusent à toute classification. Chez ce malade, nous avons diagnostiqué une colique saturnine, et le traitement est venu confirmer ce jugement. *Naturam morborum ostendit curatio.* Les symptômes qui la caractérisaient offraient quelque analogie avec ceux d'une colique hépatique, d'une colique néphrétique, d'une colique nerveuse ou d'une occlusion des intestins; mais l'absence de divers phénomènes propres à chacune de ces lésions nous a confirmés dans l'idée de l'existence d'une colique saturnine. La profession de charpentier du malade était bien de nature cependant à augmenter nos doutes; mais si l'on réfléchit que les préparations de plomb ont été mises en usage pour combattre son hémoptysie, on est porté à leur attribuer tous les accidens qui se sont manifestés. Je ne connais pas, il est vrai, d'exemples semblables, et bien des individus, traités pour la même maladie et de la même manière, n'ont rien ressenti de pareil; mais souvent, pour explication des phénomènes, n'est-on pas obligé de recourir à l'idiosyncrasie du sujet?

Le traitement de la Charité a produit des effets merveilleux, et ce n'est pas la première fois que nous avons remarqué son heureuse efficacité dans la colique de plomb. Chez deux autres malades placés, l'un au n° 21 et l'autre au n° 34 de la salle Sainte-Madeleine, tous deux atteints de coliques saturnines et peintres de profession, la même médication a produit une guérison prompte et radicale. M. Chomel, dans ses leçons cliniques, a fait souvent observer à ses nombreux élèves la promptitude avec laquelle le traitement de la Charité dissipait les symptômes de cette maladie. Les antiphlogistiques, l'acide sulfurique, vantés contre la colique de plomb, ne nous ont pas paru réunir les mêmes avantages; aussi donnerions-nous toujours la préférence aux purgatifs et aux narcotiques.

Coliques hépatiques. — Traitement par le bicarbonate de soude et le régime végétal. — Guérison.

Obs. VII. — Au n° 39 de la salle Sainte-Madeleine est un tailleur âgé de 23 ans, qui, se trouvant seul il y a quatre ans à la campagne, fut pris tout-à-coup de douleurs de ventre atroces. Ses souffrances étaient si vives alors qu'il croyait sa fin prochaine. Cependant, après une courte durée, les coliques se dissipent tout-à-fait, et le malade n'éprouve ni vomissemens, ni dévoiement d'aucune espèce.

Le 18 juillet, nouvelles douleurs extrêmement vives dans le flanc droit, accompagnées de vomissemens de matières d'abord bilieuses, ensuite purement aqueuses. Le malade est d'un tempérament mélancolique, et les chagrins qu'il a éprouvés ont considérablement affecté son moral. Admis et examiné à la clinique de l'Hôtel-Dieu, son état est le suivant : Peau jaunâtre; conjonctive présentant une légère teinte ictérique; le côté gauche du ventre est souple; le droit, au contraire, tendu et douloureux; dans cette région, les muscles se contractent violemment sous la moindre pression; les coliques qu'il éprouve par intervalles, quoique vives, n'ont pas l'intensité de celles qu'il a déjà ressenties. Les douleurs ont une intermittence bien prononcée; elles se sont reproduites et ont disparu trois fois dans l'espace de dix-sept jours.

Aujourd'hui, 4 août, le malade demande son *exeat;* il n'a plus souffert depuis quelque temps et se croit entièrement guéri. Il a promis de suivre, afin d'éviter les rechutes, le régime végétal, de continuer l'emploi des lavemens et du bicarbonate de soude, moyens qui lui ont procuré un soulagement prompt et peut-être durable.

L'intensité des douleurs, leur siége, leur intermittence, leur apparition instantanée et leur cessation brusque, nous font présumer qu'un calcul biliaire, engagé dans le canal cholédoque, pouvait seul devenir cause de ces accidens. Le malade pourtant croit n'avoir jamais rendu de graviers par les selles ou les vomissemens; mais le doute sur l'absence de ce seul phénomène ne peut détruire un diagnostic qui repose sur des données aussi positives. Nous ne voyons pas, d'ailleurs, à quel autre genre d'altération nous aurions pu rapporter les symptômes de cette maladie. Les coliques dites nerveuses offrent, il est vrai, plus d'un point d'analogie

avec elle; mais le sexe du sujet, son âge, l'instantanéité des douleurs, etc., éloignent l'idée de leur existence. Une particularité qui surtout a frappé notre attention, c'est la facilité avec laquelle la suffusion ictérique s'efface quelques jours après son apparition. Dans l'ictère dépendante d'une altération organique du foie, des semaines et des mois entiers souvent ne suffisent pas pour faire disparaître la teinte jaunâtre de la peau.

A. BOYER, D.-M. P.

Observation d'une fistule stercorale de la région sacrée; pièce d'anatomie pathologique présentée à l'Académie royale de médecine, par PHILIPPE RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris.

OBS.—Le nommé Wachelet (Michel), âgé de 34 ans, compositeur, entra à l'hôpital des Vénériens au commencement de juillet 1834, pour une fistule stercorale située dans la région du sacrum, qu'il dit porter depuis l'âge de huit ans. Sa mère et lui interrogés ont donné les renseignemens suivans : Wachelet vint au monde à terme, en bonne santé, et sans vice de conformation; il fut sevré à six mois : à vingt-deux mois, il marchait seul. Jusqu'à l'âge de huit ans, la seule indisposition qu'il eût, fut causée par l'éruption des dents. Pas de symptômes de scrophules, pas de convulsions. A huit ans, sa mère regardant par hasard la région sacrée fut fort surprise d'y voir une tumeur du volume d'une grosse noix, sans changement de couleur de la peau, sans douleur même lorsqu'on la pressait, et cela lui parut d'autant plus extraordinaire qu'il n'avait jamais souffert, ni même interrompu ses jeux habituels; mais le malade est convenu que de très-bonne heure il s'était livré à des excès de masturbation. Un médecin ayant été consulté, fit appliquer sur cette tumeur des cataplasmes, et au bout de quelques jours, il en pratiqua l'ouverture avec le bistouri; cette ouverture donna issue à une grande quantité de pus. (On n'a pas pu dire de quelle nature était ce pus.) La plaie resta au rapport de la mère, au moins une année sans donner passage ni à des vents, ni à des matières fécales. Peu de temps après l'ouverture de cette tumeur, deux autres apparurent dans la même région, présentant absolument les mêmes symptômes, mais elles se cicatrisèrent parfaitement; tandis que la première à la suite d'un éméto-cathartique donna issue à des matières fécales, qui ensuite ne s'écoulèrent par cette fistule que lorsqu'il y avait du dévoiement, et encore fallait-il que l'envie d'aller à la selle se fît sentir; il n'en était pas de même des gaz qui s'échappaient sans cesse.

Depuis 19 ans jusqu'à 23, époque à laquelle il se maria, il eut plusieurs érysipèles à la face, des furoncles; en 1818, une blennorrhagie qui guérit sans traitement spécial; en 1821, une large ulcération à la jambe droite qui fut regardée comme de nature syphilitique, et qui guérit sous l'influence d'un traitement mercuriel. Le malade resta avec sa femme, de laquelle il eut deux enfans très-bien portans, jusqu'à 1831, sans rien présenter de particulier. A cette époque la jambe gauche devint le siége d'une ulcération semblable en tout à celle qu'il avait eue en 1821 à la jambe droite, et qui guérit aussi par l'usage du mercure. Pendant les années 1832 et 1833, il s'adonna beaucoup aux femmes, et lorsque les forces lui manquaient, pour en acquérir, il buvait beaucoup de vin blanc; mais toujours à la suite de ces excès qu'il renouvelait souvent, il ressentait de violens maux de reins. Dans les premiers jours de février 1834, à la suite de semblables excès, ses maux des reins furent tellement violens qu'il fut obligé de garder le lit. A cette époque aussi, à droite, en haut et un peu en dehors de la région sacrée, il eut un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur, et dont on voit encore la plaie sur la pièce. Il resta dans cet état chez lui jusqu'au mois de juillet 1834, époque à laquelle il entra à l'hôpital. A son entrée, voici les symptômes qu'il présentait : amaigrissement général; teint jaunâtre; commencement d'infiltration des membres inférieurs. A un pouce et demi au-dessous de l'articulation sacro-vertébrale, existe une ouverture qui donne passage aux matières fécales. Douleurs très-fortes dans le bassin, lorsqu'il exécute des mouvemens. Les matières fécales qui, au commencement de la maladie, ne sortaient par cette ouverture qu'en très-petite quantité, et seulement lorsqu'il avait le dévoiement, maintenant sortent en aussi grande quantité que par l'anus, quoique le malade n'ait pas le dévoiement, mais elles ne sortent toujours que lorsque l'envie d'aller à la selle se fait sentir. L'appétit est bon; les digestions se font bien.

Le 15 juillet, escarre sur le grand trochanter droit; tout le membre inférieur de ce côté est infiltré; il ne passe presque plus de matières fécales par l'anus.

Le 20 juillet, dévoiement; de plus une grande quantité de sang sort par la fistule, rien ne sort par l'anus; et en outre les matières sortent sans que le malade en ait la conscience.

Le dévoiement devient de plus en plus fort; escarre au grand trochanter gauche; infiltration de tout le membre de ce côté; mort le 31 juillet 1834.

A l'autopsie, la tête et la poitrine n'ont rien de particulier; dans la cavité abdominale, le foie a offert une altération qu'on peut rapporter à un premier degré de cirrhose; mais les autres organes étaient à l'état normal. Le canal intestinal était sain dans toute son étendue; le rectum excepté. Cet intestin placé dans l'excavation pelvienne, presque sur la ligne médiane, mais pourtant un peu à droite dans sa première portion, suivait très-exactement la concavité du sacrum et adhérait fortement à cet os par du tissu cellulaire induré : à l'extérieur et dans sa partie antérieure il n'offrait rien de particulier; mais ouvert longitudinalement dans ce sens, et examiné ainsi à l'intérieur, il existait à deux pouces de son origine un rétrécissement considérable, peu extensible, offrant tout au plus cinq lignes de diamètre et dû à un épaississement des tuniques indurées et faisant saillie à l'intérieur, comme si l'intestin avait subi un étranglement à l'aide d'une ligature appliquée à sa surface externe; cet étranglement se trouvait du reste immédiatement au-dessous du repli du péritoine qui couvre la première partie du rectum. Au-dessous de cet étranglement, l'intestin reprenait sa forme et son calibre ordinaire; mais au niveau du point rétréci, le rectum formait un angle rentrant à sommet postérieur et tronqué de manière à représenter un V ouvert en avant pour recevoir la vessie.

Dans cette partie la paroi postérieure de l'intestin manquait dans l'étendue de plus d'un pouce au niveau de la troisième pièce du sacrum qui était complétement dénudée, et qui la remplaçait en quelque sorte ; le bourrelet saillant du rétrécissement s'insérant de chaque côté, dans un des trous sacrés antérieurs, limitait en haut le commencement de cette perte de substance, qui se terminait en bas, par une lèvre flottante, laissant entre elle et le sacrum un intervalle au niveau de la troisième et de la quatrième fausse vertèbre sacrée, séparées l'une de l'autre par suite de carie et de destruction de l'articulation.

Au-dessous de cette ouverture anormale le rectum et l'anus sont parfaitement sains.

Quand on cherche à s'expliquer la manière dont cette fistule stercorale s'était formée, il paraît bien évident que la maladie n'a pas commencé par l'intestin ; que le sacrum en a été le point de départ, et que le rectum n'est devenu malade et ne s'est perforé que consécutivement.

Quant au besoin que la malade éprouvait d'aller à la selle, avant que les matières ne s'échappassent par la fistule et par l'anus, il s'explique par l'arrivée de ces mêmes matières du colon dans le rectum, jusqu'au-dessus du rétrécissement ; mais chez ce sujet surtout, par leur passage a travers ce rétrécissement, ce qui constituait une sorte de défécation interne. Pour leur sortie définitive, les matières fécales traversaient en partie la perforation du rectum, s'engageaient dans les ouvertures que la carie avait faites au sacrum, puis dans les trous sacrés antérieurs, dans la terminaison du canal vertébral, et enfin, à travers les parties molles et la peau, elles gagnaient l'extérieur. Une autre partie, filant vers la fosse iliaque droite, avait détruit l'articulation sacro-iliaque de ce côté, et filant sous le muscle iliaque détruit en grande partie, avait déterminé dans cette région un abcès stercoral qui avait fusé jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. Enfin une grande quantité de matières fécales, malgré cela, passait encore par l'anus lorsque, trop dures, elles éprouvaient de la difficulté a parcourir les routes sinueuses dont il vient d'être question ; car, lorsqu'elles étaient liquides, toutes s'échappaient par les trajets fistuleux.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

—

Assemblée générale des médecins de Paris.

L'assemblée générale des médecins de Paris, convoquée par la commission de l'association médicale, s'est tenue jeudi dans l'amphithéâtre de l'école de médecine. La réunion était nombreuse ; le bureau était occupé par MM. Orfila, président ; Double vice-président ; Aubin, trésorier, et Gibert, secrétaire de l'association.

La séance a été ouverte à trois heures. M. le secrétaire a donné lecture d'une lettre de M. Thouret-Noroy, qui réclame l'appui de l'association médicale ; puis du rapport des médecins et chirurgiens de Rouen, dans l'affaire jugée par le tribunal d'Évreux. Quelques passages de la déposition de M. l'officier de santé Chouippe, principal témoin à charge, ont excité les rires de l'auditoire.

Après cette lecture. M. Gibert ajoute quelques considérations écrites sur la responsabilité médicale, et la fausse application des articles du Code sur lesquels on prétend la fonder. Il rappelle l'opinion, toute favorable aux médecins, émise par un avocat, M. Trébuchet, dans son ouvrage sur la jurisprudence médicale ; il cite un passage du projet de réorganisation médicale, déjà adopté par la commission de l'association, et qui devra être l'association elle-même ; enfin, il appuie sur le vote de l'Académie royale de médecine dans la discussion de cette question. Toutes ces autorités s'accordent à rejetter comme injuste et dangereux le principe de la responsabilité médicale. Aujourd'hui donc que ce principe paraît admis déjà par plusieurs tribunaux, il convient aux médecins de Paris réunis en assemblée générale, de protester publiquement contre de pareilles décisions, et d'aider de tous leurs efforts un confrère malheureux, qui le premier va déférer la solution de cette question vitale à la Cour de cassation. En conséquence la commission s'est arrêtée aux deux propositions suivantes, sur lesquelles la commission est appelée à voter.

1° Une lettre sera adressée, par l'assemblée générale des médecins de Paris, à M. le docteur Thouret-Noroy, pour lui témoigner tout l'intérêt qu'elle prend à sa cause, et lui prêter d'abord un appui moral devant l'opinion publique et devant la Cour de cassation.

2° Une souscription sera ouverte et remplie, séance tenante, pour indemniser M. le docteur Thouret-Noroy des frais que lui a déjà coûtés la poursuite d'une affaire qui intéresse tout le corps des médecins.

Personne ne demande la parole. M. le pésident met aux voix les deux propositions, qui sont adoptées à l'unanimité.

M. Sandras remet à M. le président une proposition écrite qu'il demande à développer. Il voudrait que l'association écrivit directement à M. le procureur du roi près le tribunal d'Évreux pour l'inviter à poursuivre l'officier de santé qui, sans l'assistance d'un docteur, s'est permis de pratiquer une grande opération. (Appuyé !).

M. Double fait observer que ce serait là prendre un rôle qui ne convient pas à l'assemblée, celui de dénonciateur. Quel est, en effet, notre but ? De prêter à M. Thouret-Noroy un appui moral d'abord ; or, la lettre que nous lui adresserons remplira parfaitement notre but ; secondement, nous avons voulu prendre part aux sacrifices qu'il est obligé de faire ; cet objet est également rempli, il n'y a pas lieu à délibérer.

M. Dubois (d'Amiens). Nous sommes réunis évidemment pour délibérer sur deux choses ; sur un fait particulier et sur un principe. Quant au fait particulier, tout est fini ; nous y avons pourvu autant que nous le pouvions. Maintenant, c'est dans l'intérêt du principe qu'il faut discuter la proposition de M. Sandras.

M. Double. La lettre qui sera écrite à M. Noroy et rendue publique protestera assez en faveur du principe.

M. Dubois (d'Amiens). Je demande alors que cette lettre, qui sera rédigée par la commission, soit lue devant nous dans une séance ultérieure, et adoptée par l'assemblée. Il est d'autant plus important de se prononcer, que la jurisprudence des Tribunaux n'est rien moins que fixée à cet

égard. voici la copie d'un jugement rendu par le même Tribunal dans une affaire du même genre ; la décision a été toute différente. Il s'agissait d'un individu atteint de fracture comminutive près d'une articulation ; le médecin, M. Dumanoir, sauva le membre, mais avec ankylose, et le malade poursuivit son médecin. Le malade a été condamné.

M. Villeneuve. La consultation des médecins de Rouen lave complétement M. Thouret-Noroy de tout reproche ; je voudrais qu'à l'exemple des barreaux d'avocats, il fût rédigé par nous une consultation qui approuverait complétement celle de Rouen.

M. Double. On peut le dire dans la lettre.

M. Orfila. Et blâmer en même temps l'inconvenance de l'officier de santé qui a pratiqué sans aucun droit une opération aussi grave.

On demande la mise aux voix de la proposition de M. Sandras.

M. Ollivier. Quoique je n'appartienne point à l'association, je suis venu à cette assemblée parce que tous les médecins de Paris y ont été invités. J'y suis venu pour aider un confrère ; j'ai levé la main pour chacune des deux premières propositions. Mais du moment où l'on nous demande de dénoncer un officier de santé qui a pu avoir des torts, qui en a eu même, mais de le dénoncer devant une autorité ayant pouvoir de poursuivre et de punir, le rôle de l'assemblée change, et je ne saurais m'y associer. Notre démarche se déconsidérerait d'elle-même ; elle aurait l'air d'une vengeance, et qui sait ? les Tribunaux diraient : Voyez ! parce qu'un médecin a concouru à faire prévaloir la vérité, il est devenu un objet d'animadversion pour ses confrères, et peut-être, messieurs, l'amour-propre des magistrats se croirait intéressé à le soutenir contre vous (Oh !).

M. Gibert. Il ne faut pas non plus que l'assemblée se borne à aider M. Noroy ; ou bien notre but serait méconnu, et l'on ne verrait dans cette réunion que le désir d'assister un confrère. Mais après ce but nous en avons un autre, c'est de montrer que nous luttons contre un principe mauvais qu'on veut établir. Je propose que la lettre adressée à M. Noroy soit lithographiée et adressée aux Tribunaux et aux Cours royales. (Bravo !)

M. Forget. Je dois relever une expression sur laquelle on a appuyé : un individu peut-être dénonciateur, une corporation ne l'est pas.

M. Sandras. Nous ne faisons que rappeler à un procureur du roi un article de loi qui a fort bien pu lui échapper dans les détails de la procédure. Nous l'avertissons qu'il a poursuivi un délit de responsabilité médicale qui n'existe pas, et qu'il a oublié le délit véritable.

Un membre. Le mot de *dénonciation* est juste, et vous ne sauriez l'éviter. Mais qu'avons-nous besoin de cette démarche ? Vengeons la dignité médicale méconnue, mais méprisons comme au-dessous de nous l'injure que lui a faite un officier de santé.

M. Double. Adopter la proposition de M. Sandras, ce serait précisément agir contre le principe de la responsabilité médicale, puisque c'est un médecin qui serait poursuivi.

M. Sandras. La loi qui a réglé nos droits a laissé pleine et entière l'irresponsabilité du docteur ; c'est pour celle-là seule que nous pouvons combattre. Mais elle a mis certaines limites à celle de l'officier de santé ; et faire respecter ces limites dans les cas donnés, c'est démontrer encore que la loi n'en a posé pour aucun autre. J'insiste donc sur ma proposition. (Bien)

M. Cornac. Il ne faut pas perdre de vue que la Cour de cassation est saisie de cette affaire. Sans doute, dans les débats, on ne manquera pas de montrer combien l'officier de santé a manqué à ses devoirs ; et le ministère public averti saura quel parti lui reste à prendre ; mais ce n'est pas à nous à provoquer les poursuites, et je suis convaincu que cette proposition ne sera point adoptée.

M. Andral père. La question se réduit à ceci : avons-nous droit ou non d'exercer une police médicale ? Et comme nous ne l'avons pas, laissons l'initiative en cette matière à l'Académie royale de médecine.

M. Thillaye. Ou la Cour de cassation cassera le jugement et renverra devant un autre Tribunal, ou elle le confirmera. Si le jugement est cassé, comme je l'espère, le malade que l'officier de santé a privé de son membre, perd la pension que ce jugement lui allouait aux dépens de M. Noroy ; mais il aura droit alors de la réclamer devant les Tribunaux à M. Chouippe. (Rire général. Aux voix !)

La discussion est fermée. Au moment de voter sur la proposition de M. Sandras, on demande l'ordre du jour avec force.

M. Sandras. Si la lettre qu'on doit écrire à M. Noroy contient des expressions de blâme pour l'officier de santé, et si on en adresse copie à M. le procureur du roi près le Tribunal d'Evreux, ma proposition demeure sans but ; je la retire. (Approbation.)

M. Le président met aux voix la proposition de M. Dubois d'Amiens ; savoir : que la lettre sera dirigée par la commission, mais devra être adoptée par l'assemblée et signée par tous les médecins de la capitale réunis dans une prochaine séance. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Dubois d'Amiens demande que M. Sandras soit adjoint à la commission pour la rédaction de la lettre. M. Gibert demande à son tour l'adjonction de M. Dubois d'Amiens. Il n'y a pas d'opposition.

M. Double. Afin de ménager les fonds de la souscription il conviendrait mieux, au lieu de lithographier la lettre, de l'insérer dans les journaux politiques. (Adopté.)

M. Orfila. Il n'y a plus rien en délibération. L'assemblée a décidé que la souscription serait remplie séance tenante ; le bureau va recevoir et enregistrer les offrandes.

En ce moment M. Dubois père, assis derrière le bureau, se lève, dépose devant M. le président un billet de 500 fr., et sort au même moment de la salle.

M. Orfila. M. le baron Dubois est inscrit comme premier souscripteur pour la somme de 500 fr. (Vifs applaudissemens.)

Une foule de membres se précipitent vers le bureau pour verser leur offrande ; d'autres font remarquer qu'ils n'étaient point prévenus, et demandent que la liste de souscription reste ouverte jusqu'à la prochaine séance.

Le bureau décide que la liste demeure ouverte chez le concierge de l'École jusqu'à la prochaine séance, qui aura lieu jeudi prochain, à trois heures, dans l'amphithéâtre. Tous les médecins de Paris seront invités à y assister.

La séance est levée à 4 heures.

N° DU 27.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

De la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur, par M. MATTHIAS MAYOR, de Lausanne.

Lausanne, 20 août 1834.

Monsieur le Rédacteur,

Il y a sept ans que, me trouvant à déjeuner chez le célèbre Astley-Cooper, nous parlâmes fracture du col du fémur, et je m'élevais alors contre cette prétention, que je croyais la sienne, que ces sortes de fractures *ne pouvaient pas se réunir*. Je me rappelle qu'il me fit exactement les mêmes raisonnemens qu'on retrouve dans sa lettre, insérée dans l'un des derniers numéros de votre journal. Mais il a dû convenir aussi qu'il était fort difficile, impossible même, de distinguer les cas où les désordres étaient portés au point d'empêcher la réunion des fragmens; que le chirurgien devait donc *toujours* se comporter comme si cette adhérence était possible, et il ajouta très-poliment qu'en pareil cas il n'hésiterait pas à faire usage de l'un des appareils que je lui faisais voir, et dont je lui expliquais le mécanisme.

Ces souvenirs, joints à l'importance du sujet, à l'obscurité dont il s'enveloppe quelquefois, à la marche insidieuse de ces lésions dans un grand nombre de cas, aux erreurs de diagnostic qu'il est si facile de commettre, et qu'on commet en effet trop souvent encore, m'ont engagé à rédiger l'article suivant. Il pourra être lu avec quelque intérêt et tourner, sinon au profit de l'art, du moins à celui de plus d'un malheureux.

Agréez, etc.,

Matthias MAYOR,
Docteur-chirurgien à Lausanne.

L'incertitude qui règne assez souvent sur l'état de l'articulation iléo-fémorale, lors d'une chute sur le trochanter, a donné lieu fréquemment aussi à des méprises désagréables pour le chirurgien et bien fâcheuses pour les malades. Ainsi, dans tel cas on n'a pas hésité à prononcer qu'il existait une fracture du col du fémur, lorsque l'événement a bientôt démontré qu'il n'était question que d'une contusion plus ou moins intense, et *vice versâ*; on a cru être autorisé, dans telle autre circonstance, à déclarer que la contusion existait seule, lorsque plus tard, *et trop tard*, les caractères de la fracture se sont manifestés de la manière la plus évidente. Il est peu de praticiens qui ne puissent citer de pareils faits et qui n'aient été témoins de semblables erreurs.

Les causes qui peuvent rendre douteux ou difficile le diagnostic de ces sortes d'accidens sont trop connues pour que je les retrace ici. Je dirai seulement qu'il est à ma connaissance : 1° qu'un individu à formes athlétiques s'est relevé et a fait une centaine de pas après une chute violente sur le côté, quoiqu'il eût *bien évidemment* une fracture du col fémoral; 2° que d'autres, après un pareil accident, n'éprouvant ni douleur considérable, ni inconvéniens graves, sont restés couchés paisiblement sur leur lit, sans qu'ils eussent connaissance, ou que leurs chirurgiens s'aperçussent que l'un de leurs membres diminuait sensiblement de longueur, et que le pied du côté affecté se jetait tout-à-fait en dehors; 3° que d'autres, enfin, avaient tout d'abord le pied déjeté et le membre raccourci, avec des douleurs vives et l'impossibilité de faire aucun mouvement, qui cependant, bien loin d'avoir une fracture dans l'articulation, pouvaient au bout d'assez peu de jours marcher impunément, et ne conservaient aucune suite fâcheuse d'un accident en apparence bien grave, et qui avait été signalé comme tel par des hommes habiles.

De pareilles observations sont, je le répète, assez fréquentes; elles réclament toute la sollicitude des praticiens, et leur font un devoir d'une grande réserve, d'un prudent scepticisme.

La règle en pareil cas, *et chaque fois qu'il existe le plus léger doute*, paraît être de se conduire exactement comme si la fracture avait eu lieu. Ce précepte est aussi rationnel que facile à suivre, si on a le bon sens de se servir d'un appareil qui ne gêne et n'incommode point; qui place le membre précisément dans la position la plus convenable *à tout état possible*; qui permette de faire un traitement mixte, c'est-à-dire de combattre avantageusement la contusion, le gonflement, l'irritation ou l'engourdissement des muscles; et qui laisse surtout au membre *la pleine liberté de certains mouvemens*.

Cette dernière condition, dans l'appareil, est de la plus grande importance; car le retour de tel faculté locomotrice, ou l'impossibilité prolongée de telle autre mouvement, seront décisifs pour le chirurgien et ne lui permettront pas de rester plus long-temps dans le vague. Ainsi, je suppose que, dans un de ces cas douteux, un individu soit placé sur la planchette suspendue, comme s'il avait une fracture du fémur dans l'articulation; si, au bout d'un certain nombre de jours, il vient cependant à exécuter spontanément, et avec une certaine aisance, des mouvemens d'élévation de la cuisse et celui de rotation du pied en dedans, n'est-il pas vrai que son chirurgien aurait tort de persévérer dans l'indécision, et ne devrait-il pas dès ce moment repousser franchement toute idée de lésion de l'os?

Admettons un cas opposé, c'est-à-dire que le membre dont le diagnostic offre de l'obscurité, quoique placé dans les conditions les plus favorables et ne présentant plus aucun caractère de désordre local, ne peut toutefois, après dix ou quinze jours de traitement, faire le plus léger des mouvemens dont nous venons de parler. Il est clair qu'il existe ici un vice profond et grave, que tout porte à croire que c'est dans la charpente osseuse que le mal a son siége, et qu'il importe de continuer à le traiter, en conséquence, tout le temps jugé nécessaire.

Les observations suivantes pourront éclairer mieux notre première supposition, la seconde n'ayant pas besoin de commentaire.

Obs. — Le 28 juillet dernier, M. V...., parisien, âgé de

39 ans; leste et vigoureux, fait, aux bains de Loesche, une chute violente sur le trochanter. Il est immédiatement relevé par un chirurgien; et trois autres hommes de l'art, MM. les docteurs Bonvin, Gay du Vallais et M. le docteur Bardin de Sens, ne tardent pas d'arriver à son secours. Les douleurs sont atroces; tout mouvement est impossible, et un gonflement considérable ne tarde pas à se prononcer. On reconnaît d'abord qu'il n'y a pas de luxation ni de fracture dans le corps de l'os : restait à constater l'état de l'extrémité supérieure du fémur, et l'on décide qu'il n'y a pas de fracture, et que tout gît dans une violente contusion. Cependant les douleurs sont très-vives dès que le malade fait le plus petit mouvement; le membre paraît plus court d'un pouce; le pied est déjeté en dehors, et le talon est placé vers la malléole interne de l'autre jambe. Des doutes sérieux s'élèvent alors, et je suis appelé : c'était deux jours après l'accident. Le premier coup d'œil et la nature de la chute sont en faveur de la fracture dans l'article. Mais comme le chirurgien m'affirme que, dans le premier moment, il a très-bien reconnu l'intégrité des parties osseuses articulaires, et que le pied de l'extrémité malade, placé à côté de l'autre, a pu y rester sans se déjeter en dehors et qu'il a exécuté des mouvemens de rotation, je n'ose pas trop insister, et je me résume en disant dans la consultation :

« Je crois à la fracture; mais le cas peut, sans contredit, » paraître douteux et offrir matière à controverse; la pru- » dence exige cependant qu'on se décide pour l'appareil » simple à fracture, tel que je l'ai adopté; il ramènera le » membre à sa longueur et à sa direction normales; il cal- » mera sur-le-champ les douleurs, permettra des mouve- » mens jusque-là impossibles, ramènera le sommeil, et fera » disparaître la fièvre. A ces résultats que j'ose garantir, on » pourra, sinon se convaincre parfaitement de l'existence » de la fracture, du moins applaudir au moyen employé. » J'ajoute que si la fracture existe réellement, elle guérira » très-bien par mon procédé, et que si elle n'existe pas, » elle guérira encore mieux. »

Je fais donc préparer mon appareil, lequel consiste dans deux petites planches d'un pied de largeur, et dont les longueurs réunies égalent celle de l'extrémité tout entière; elles sont articulées avec deux charnières, afin qu'étant placées sous le membre, elles puissent suivre la flexion du genou et former le double plan incliné que j'avais en vue. Quelques trous sont percés pour y passer deux anses de cordes et fixer une large bande qui doit attacher au bassin l'extrémité supérieure de l'appareil. Un coussin de laine et de coton, propre à le recouvrir, est promptement préparé, et bientôt M. V.... se trouve placé comme je l'avais annoncé, et avec tout le succès que j'avais prévu.

Ainsi donc la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le membre entier est suspendu, il a repris sa longueur et sa direction naturelles; le malade s'élève et se soulève dans son lit assez facilement; il est calmé et s'endort presque aussitôt. C'était environ onze heures du matin, 30 juillet; et comme on avait déjà fait une saignée, appliqué des sangsues et un cataplasme émollient sur la région trochantérienne, on ne fit autre chose que de continuer ce dernier, qu'on prolongea jusqu'à l'aine, où des douleurs vives se faisaient encore sentir. Le reste de la journée, la nuit suivante, tout le lendemain furent au mieux; de sorte que je voyais la possibilité de faire incessamment transporter M. V.... à Lausanne (à 30 lieues de Loesche), et même de l'acheminer immédiatement sur Paris, dans une bonne voiture, l'extrémité malade étant maintenue en suspension dans la position que je venais de lui donner et qui semblait si bien convenir.

Mais voilà qu'arrive M. Lallemand de Montpellier, lequel faisait précisément alors un voyage dans nos Alpes, et qui, apprenant que j'étais par hasard aux bains de Loesche, me fit l'amitié de s'annoncer. C'était une bonne fortune; aussi n'eus-je pas besoin d'insister beaucoup auprès de M. V...., pour obtenir une consultation avec cet habile professeur.

Cependant, comme il ne pouvait être question que de constater *positivement* s'il existait *oui* ou *non* une fracture, le malade qui se trouvait si bien témoignait, et avec raison, de la répugnance, et redoutait des manœuvres douloureuses et peut-être inconsidérées. Je crus devoir le rassurer et lui faire sentir l'utilité de ce nouvel examen. Il fut donc décidé d'enlever l'appareil, d'étendre l'extrémité malade à côté de la saine, et de l'abandonner à elle-même du soir jusqu'au matin. On pensa que ce qui se passerait et ce qu'on observerait pendant ce temps, suffirait pour éclairer la matière et dissiper toute incertitude.

Or, la nuit fut mauvaise, les douleurs reparurent, le malade ne pouvait les faire taire qu'en soulevant sa cuisse avec un mouchoir, et en la mettant à peu près dans la position où elle se trouvait sur la planchette.

Ces circonstances, jointes aux antécédens qu'on connaît, semblaient résoudre la question et déposer en faveur de la fracture; néanmoins on procéda à l'examen ultérieur comme il suit. On fit, non sans d'assez vives douleurs, l'extension lente et graduelle de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, et on ramena le genou et la malléole interne au niveau du genou et de la même malléole du côté opposé. On abandonna alors le pied à lui-même, et on s'assura bien qu'il ne se déviait pas, non plus que le genou. On les déjeta en dehors, et le malade les ramena assez facilement en dedans. Il fit également seul, et sans trop de douleur, des mouvemens de rotation du pied et du genou, soit en dedans, soit en dehors; et quoiqu'il ne lui fût pas possible d'élever la jambe, et qu'il la traînât en soulevant lentement la cuisse, nous crûmes devoir prononcer *qu'il n'y avait pas de fracture.*

Cependant le malade s'était trop bien trouvé de l'appareil pour ne pas désirer d'y être placé de nouveau. C'est ce que je fis en effet sur-le-champ, et M. V.... nous dit aussitôt : *C'est là un paradis !*

M. Lallemand et moi nous le laissâmes dès ce moment, 1er août, sous les soins des quatre médecins qui l'entouraient. Mais, malgré mes sollicitations pressantes, verbales et par écrit, d'éviter tout mouvement de l'articulation, et de rester sur l'appareil aussi long-temps que la résolution d'un choc articulaire aussi grave l'exigerait, on cessa de rester habituellement sur la planchette; on baigna et douche dans les eaux thermales et stimulantes de Loesche; on imprima en même temps des mouvemens répétés et très-étendus au membre; on fit des applications toniques et irritantes, et l'essai de béquilles pour marcher. Ces moyens étaient évidemment intempestifs; aussi, seize jours après mon départ de Loesche

(16 août), M. V... est arrivé à Lausanne avec un gonflement notable du quart supérieur du fémur, et une différence, en moins, de près d'un pouce de la cuisse et du mollet malades sur ces mêmes parties du côté sain. Du reste, les deux extrémités peuvent facilement être ramenées au même niveau par le malade lui-même. Mais s'il n'y prend garde, celle qui est malade se raccourcit assez promptement de sept à huit lignes; le pied se jette en dehors, et le talon se place vers la malléole de l'autre jambe, exactement comme dans la fracture du col fémoral. Le plus habile y serait pris, s'il s'arrêtait à cette inspection et à la nature de la cause première du mal. Il me parut donc évident qu'une irritation profonde prédominait encore ici et s'était communiquée à l'os et aux tissus blancs qui entourent l'articulation; que l'insomnie et un mouvement fébrile tenaient à cet état grave.

Je m'empressai en conséquence de faire appliquer, le 16 août, 40 sangsues sur le pourtour de l'articulation iléo-fémorale, de recouvrir celle-ci de cataplasmes émolliens, et de recommander le repos le plus parfait, le régime convenable, la position demi fléchie de la cuisse et de la jambe, et la fixation des deux extrémités au moyen d'une cravate serrée au-dessus des genoux.

L'effet de ces moyens réunis fut prompt, et déjà, le 18, la douleur avait presque cessé, le gonflement et la chaleur de la partie supérieure de la cuisse avaient diminué sensiblement; le sommeil était mieux et le pouls naturel. Cependant il existait toujours cette tendance de l'extrémité malade à se raccourcir et à se déjeter; aussi continue-t-on les mêmes précautions, et on fait le 19, une application de dix-neuf ventouses autour de la hanche.

Il est évident que la position dans laquelle je plaçai le membre de M. V..., était la seule indiquée; qu'elle aurait dû être continuée, que la curiosité à laquelle a donné lieu la présence du professeur de Montpellier a été fatale au malade; que les mouvemens qu'elle a nécessités étaient inutiles, pour ne pas dire imprudens, puisque tout allait au mieux; que la médication qui a eu lieu depuis était fâcheuse; que l'absence d'un système de traitement bien arrêté, et peut-être l'impatience du malade, ont retardé une guérison qui pouvait s'obtenir mieux et plus sûrement. Que serait-il advenu d'ailleurs, si, au bout de quelques semaines de traitement de cette prétendue fracture du col fémoral, M. V... eût fait impunément des mouvemens divers, incompatibles avec un accident pareil? L'observation suivante que je dois à un médecin distingué de ce canton, M. le docteur Guisan, de Vevey, me fournira la réponse à cette question.

Cette observation résume d'ailleurs, en peu de mots, tout ce qu'on doit dire et faire dans le cas qui nous occupe; car elle offre un modèle de ce tact judicieux, de cette réserve prudente et de cette conduite modeste et consciencieuse qu'on aimerait à rencontrer plus souvent et qui sont le cachet du vrai mérite.

Obs. II. — Le nommé N..., âgé de 34 ans, de petite taille, mais robuste et bien musclé, tomba dans le mois d'avril 1834, d'un toit sur le pavé, de la hauteur d'environ 20 pieds. Tout le choc du corps sur le sol se fit sur le grand trochanter du côté gauche, et le malade, dans l'impossibilité de se relever, fut transporté chez lui et placé sur son lit, où je le vis deux heures après l'accident. Il était couché sur le dos, le membre abdominal gauche légèrement fléchi et incliné en dehors. Je parvins, avec beaucoup de douleurs, à l'étendre pour le mesurer avec l'autre; mais je ne trouvai aucune différence dans leur longueur. Lorsque la jambe était étendue et reposait sur le talon, le pied s'inclinait un peu en dehors; le malade accusait une douleur très-vive dans l'articulation coxo-fémorale; les muscles environnans offraient déjà de la tuméfaction; tout attouchement, toute tentative pour imprimer quelque mouvement au membre excitaient des douleurs intolérables.

Je déclarai au malade qu'il m'était impossible, vu les vives douleurs qu'il éprouvait, de vérifier, s'il avait une fracture ou seulement une violente contusion; que je pensais que le plus sage était de le soigner comme s'il y avait fracture; qu'on pourrait toujours mettre de côté l'appareil si l'on acquérait la preuve qu'il n'y avait qu'une contusion, etc.; du reste je lui offris une consultation.

Il me répondit qu'il pensait que j'avais raison, et qu'il ne voulait pas d'autre conseil. En conséquence, je plaçai un oreiller sous le genou du membre malade, je fis appliquer un grand nombre de sangsues sur l'articulation douloureuse, et lorsque l'écoulement du sang fut terminé, je plaçai le membre sur l'appareil de Sauter, tel qu'il a été modifié par M. le docteur Mayor. Dès que cet appareil fut appliqué, les douleurs cessèrent presque complétement, et le malade m'exprima la satisfaction de ce qu'il pouvait se mouvoir et changer de place dans son lit. Je suivis le malade pendant quelques jours, puis je ne le revis que quinze jours après la chute. Je le trouvai bien et pouvant exécuter avec la jambe des mouvemens qui prouvaient qu'il n'y avait pas de fracture. Il ne ressentait pas de douleur à la hanche; mais il existait beaucoup de faiblesse, et de l'atrophie dans le reste du membre, que le temps, l'exercice et quelques frictions stimulantes ont assez rapidement dissipées.

Nul doute que dans le cas de M. V..., si les choses se fussent passées, ainsi qu'on peut le supposer, comme dans l'observation qu'on vient de lire, cédant alors à l'évidence, je me serais empressé de rectifier mon diagnostic et de me conduire comme mon habile confrère de Vevey. Mais, je le répète, une pareille rectification ne peut guère avoir lieu impunément et sans danger qu'avec l'un des appareils suspendus que j'ai indiqués dans mon *Nouveau système de déligation* et qui permettent la plupart des mouvemens nécessaires et propres à éclairer la question, mouvemens qui sont impossibles dans l'extension continuée des appareils de Desault et de Boyer, et dans la position fixe du double plan incliné de M. Dupuytren.

J'ai du moins quelquefois sous les yeux une dame très-forte et très-replète qui, après avoir fait une chute sur le côté à l'âge d'environ 80 ans, offrit, au dire du chirurgien, tous les symptômes d'une fracture du col du fémur; elle fut retenue pendant environ deux mois dans l'immobilité parfaite et sur des oreillers propres à former le double plan incliné. Le résultat fut si satisfaisant que cette dame a été très-promptement et parfaitement rétablie, qu'il n'y a pas la moindre différence entre les deux extrémités, et que celle qui a été le siége, apparent sans doute, de la fracture, *est plus forte et plus leste* que l'autre. Ici je crois que l'on a très-bien fait de suivre les conseils de la prudence et d'a-

dopter sur-le-champ un appareil à fracture. Mais il est évident que tout appareil, même le plus mauvais de tous (celui, par exemple, dit *inamovible*), aurait fait merveille, et que dans un cas pareil, un chirurgien du savoir et de la bonne foi de M. Guisan n'aurait pas tardé à mettre en liberté sa malade et à avouer qu'il s'était heureusement trompé.

Que dire, au reste, de cette incertitude du diagnostic lorsqu'elle peut se prolonger jusque sous les coups du *scalpel même* ? Citons pour exemple l'observation suivante.

OBS. III. — Un vieillard cacochyme tombe, à l'hôpital même, sur le côté, et offre tout d'abord au premier coup d'œil les signes bien connus de la fracture vers l'articulation iléo-fémorale. Il est placé dans son lit, sans aucun appareil particulier, offrant toujours et d'aussi loin qu'on peut apercevoir la position de son pied, les caractères bien tranchés de la fracture du col fémoral. Il meurt au bout de huit jours, et je procède, en présence de quelques élèves, à l'examen du mal.

Quelle fut ma surprise et celle des assistans, la capsule articulaire étant ouverte et le col du fémur largement mis à nu, de n'apercevoir aucune atteinte quelconque dans cette partie ! Une erreur aussi palpable de diagnostic ne m'en imposa ni ne me rendit confus bien long-temps ; car, ayant ratissé l'os afin de le dépouiller de la couche des tissus fibreux qui le masquait, je découvris la lésion immédiatement derrière la tête, et sous la forme d'une fêlure presque imperceptible.

Ici donc, par une singularité unique en son genre et à peine croyable, un fait apparaissait distinct *à dix pas de distance*, et, placé immédiatement sous l'œil, les doigts et les instrumens explorateurs, restait presque inaperçu !

HOSPICE DE BICÊTRE.

—

Cours clinique sur les maladies nerveuses ; par M. FERRUS.

M. Ferrus poursuit pendant ces vacances, avec un talent remarquable et une persévérance digne d'éloges, la tâche qu'il s'était imposée l'année précédente. Ses premières leçons sur les maladies du système nerveux ont été accueillies par les applaudissemens d'un auditoire non moins nombreux que choisi.

L'utilité des études cliniques sur les maladies du système nerveux se faisait généralement sentir, et c'est une lacune que M. Ferrus vient de combler dans l'enseignement médical en ouvrant les portes de Bicêtre aux élèves jaloux d'observer les divers phénomènes de l'aliénation mentale. Une pareille étude ne peut qu'être féconde en résultats précieux, surtout si l'on considère que les questions de psychologie doivent rester en dehors de cet enseignement. Il serait difficile pourtant d'en élaguer toutes les discussions philosophiques, qui semblent s'y rattacher d'une manière spéciale ; mais il est permis de faire de légères excursions sur le domaine de cette science sans trop l'approfondir ni perdre de vue le but principal qu'on s'était proposé d'atteindre.

Déjà M. Esquirol, qui avait précédé M. Ferrus dans cette carrière clinique, avait compris le besoin d'étudier auprès des malades les diverses aberrations de l'entendement et des sentimens affectifs, lorsque des entraves qu'il ne pouvait prévoir ni surmonter, l'empêchèrent de parcourir cette voie ouverte sous de si heureux auspices. M. Ferrus, mieux servi par les circonstances, vient d'aplanir tous les obstacles, et, profitant des avantages d'une position unique, il invite les élèves à venir étudier les faits de ce vaste établissement d'aliénés confiés à ses soins. Les affections nerveuses occupent une trop grande place dans le tableau des maladies de l'homme pour négliger de pareilles sources d'instruction ; et qu'importent en effet pour la pratique les leçons théoriques et savantes de psychologie dans l'étude de l'aliénation mentale ! il faut voir les aliénés, interroger leurs physionomies, épier leurs actions, surprendre leur délire, recueillir attentivement l'incohérence de leurs propos, et c'est alors seulement qu'on arrivera à différencier les divers états maladifs qu'ils présentent.

Dans sa première leçon le professeur a exposé avec beaucoup de clarté sa méthode, et tracé avec netteté la ligne qu'il suivrait pour guider ses élèves dans l'étude clinique de l'aliénation mentale. Cette séance a été couronnée par un exposé rapide mais sévère des travaux que nos devanciers nous ont légués sur cette matière.

Deux théories rivales se disputèrent long-temps le mérite d'avoir éclairé la question relative au siége et à la nature de l'aliénation mentale, et la thérapeutique devint tour à tour esclave de ces deux opinions. Les animistes ne voyaient dans les aberrations de l'entendement que des lésions de l'esprit, et, conséquens à cette doctrine, leur traitement ne s'adressait qu'au moral des malades. Les encéphalistes au contraire faisant dépendre le trouble des facultés intellectuelles d'une altération organique des centres nerveux, dirigeaient contre ces maladies toute la puissance d'une thérapeutique matérielle. C'est à Pinel qu'était réservée la gloire de saisir les avantages de chacune de ces deux méthodes, et d'en faire une heureuse application au traitement de l'aliénation mentale. Il dédaigna les discussions oiseuses pour se livrer aux recherches fécondes de l'anatomie pathologique, et son esprit observateur embrassa d'un seul regard l'utilité respective de ces deux systèmes, qu'il adopta tour à tour dans sa pratique avec discernement.

« Cabanis fit le premier parmi nous, a dit M. Ferrus, une application large et hardie de la doctrine de l'organisation aux facultés intellectuelles et morales de l'homme. Mais l'énergie de son langage intimida les esprits, et tel recula devant l'effrayante nudité de cette proposition : *le cerveau secrète la pensée*, qui l'eût admise peut-être si elle se fût présentée sous quelque déguisement adroit.

« Gall et Spurzheim agrandirent le chemin à l'entrée duquel une partie du monde médical s'était arrêté. Quelques-uns s'y élancèrent sur leurs pas ; le plus grand nombre cria au matérialisme, comme s'il y avait plus de matérialisme à reconnaître, plusieurs cerveaux qu'à en admettre un seul, comme si Hippocrate avec son cerveau double, Galien avec son encéphale à départemens divers, Descartes avec sa glande

pinéale, n'étaient pas au même titre des matérialistes. »

Ici le professeur fait l'apologie des travaux de Gall et Spurzheim, et semble regretter qu'à l'exemple de l'Angleterre, la France n'ait pas embrassé avec un plus vif enthousiasme les croyances phrénologiques. M. Ferrus en adopte toutes les conséquences, et ne redoute pas le reproche de matérialisme adressé si souvent aux partisans de ce système, riche, à son avis, en applications nouvelles à l'étude des maladies du système nerveux.

Ce n'est pas le lieu d'examiner ici, si, dans l'appréciation des phénomènes intellectuels, M. Ferrus ne fait pas jouer un trop grand rôle aux modifications organiques. L'esprit préoccupé de la recherche d'un fait évite ou néglige quelquefois les élémens et les circonstances qui semblent s'opposer à ses vues, et s'arrête au contraire avec complaisance sur les détails qui le flattent et favorisent ses idées. L'état physique et l'état moral de l'homme ont nécessairement des rapports étroits entre eux; mais ces rapports sont-ils toujours invariables, et nos moyens d'investigation sont-ils assez puissans pour les découvrir, surtout en pathologie? Cette question est encore fort obscure, et nous croyons avec le professeur de Bicêtre à la multiplicité des organes cérébraux. Mais c'est une erreur de croire qu'en admettant cette multiplicité d'organes, on soit forcé de conclure que chacun d'eux doit fonctionner à sa manière par la seule raison qu'il existe, et indépendamment de toute intelligence supérieure. C'est encore une erreur de penser que chaque organe cérébral doit se dessiner à l'extérieur par des formes dont la saillie et le volume augmentent en raison directe de l'activité de sa fonction. Pour nous, la phrénologie n'est encore qu'une science basée sur des hypothèses, car le petit nombre de faits qui paraissent lui être favorables sont contredits à chaque instant par d'autres faits.

A Gall et à Spurzheim n'en appartient pas moins la gloire d'avoir reculé les bornes des connaissances anatomiques, dans l'étude du système nerveux, mais les applications de leur doctrine à la science de l'homme intellectuel, ne sauraient se concilier toujours avec les maximes d'une sage philosophie.

Georget, après eux, s'efforça de considérer les maladies mentales comme le résultat de certains modifications organiques; ses travaux sont eux-mêmes aujourd'hui en arrière de la science.

M. Ferrus, tout en rappelant les titres de ses contemporains à l'estime des médecins instruits, n'a pas cru devoir analyser leurs travaux, par la raison, dit-il, qu'on éprouve toujours quelque embarras à parler des hommes vivans, et qu'il paraît sage de ne pas porter un jugement définitif sur des opinions que leurs auteurs peuvent encore modifier et perfectionner. Le professeur a enfin terminé son esquisse historique en donnant des éloges aux efforts d'un des puissans de la phrénologie, M. Combes, qui a essayé, dans ces derniers temps, d'en faire l'application à l'étude et au traitement de l'aliénation mentale. Ce phrénologiste prétend que toutes les affections mentales dépendent du trouble de l'action cérébrale, et il pose en principe que le plus ou moins d'activité de l'esprit est toujours en rapport avec l'énergie relative des différens organes cérébraux. Cette route est-elle la plus philosophique pour arriver à la connaissance des divers phénomènes de l'entendement, et peut-elle conduire à d'utiles résultats dans l'examen des maladies nerveuses? C'est une question que nous aurons occasion d'examiner plus tard.

Après ces préliminaires, le professeur cherche à fixer le sens que l'on doit attacher au mot aliénation mentale, et se propose d'envisager sous tous leurs rapports communs les maladies du système nerveux, et surtout les trois grands phénomènes pathologiques, *délire, convulsions et paralysie*. Aliénation est un terme générique destiné à exprimer le caractère commun des diverses espèces d'aberration de l'entendement, et n'est vraiment synonyme que de celui de délire, tel qu'il est universellement admis. Le mot démence, adopté par la loi comme expression générique des désordres de l'intelligence et de la liberté morale, n'est point celui dont se sert la science. Les médecins n'admettent comme terme générique correspondant à ce que la loi veut exprimer, que les mots délire et aliénation mentale. On conçoit combien, en médecine légale, ces distinctions deviennent importantes, et par cette raison l'utilité d'un enseignement clinique sur les maladies du système nerveux. Le trouble des facultés intellectuelles dépendant d'une altération organique grave, constitue le délire. Cette espèce est ordinairement accompagnée d'un état fébrile intense; et s'il passe à l'état chronique, il produit ordinairement la démence, et non la manie. L'étude d'un phénomène pathologique aussi important conduit nécessairement à la recherche de son siége et de sa nature. Une obscurité déplorable voila long-temps cette question, malgré les belles recherches de l'anatomie pathologique. Nous savons, ou du moins le raisonnement nous conduit à penser que le trouble d'une fonction ne saurait dépendre que d'une altération ou modification trop souvent inappréciable de l'organe qui la met en jeu; ainsi le délire ne peut provenir que d'une modification dans l'encéphale, seul siége des facultés intellectuelles. Cependant des auteurs, s'étayant de leurs notions pathologiques, ont avancé que le trouble de ces facultés coïncidant le plus souvent avec l'inflammation des méninges, la phlogose de ces membranes devait être considérée comme la cause du délire. C'est une erreur qu'il serait puéril de combattre, si des médecins d'ailleurs instruits n'élevaient encore la voix pour la défendre. Un fait constant, qui sans doute a échappé à ces observateurs, c'est que, dans la méningite intense, la portion la plus superficielle de la pulpe cérébrale participe toujours à l'inflammation, et dans cette double altération se trouve la fréquence du délire dans cette maladie. Si, dans l'encéphalite, le trouble des facultés intellectuelles est remplacé par leur abolition complète, l'intensité du mal, qui anéantit la fonction de l'organe, ne peut-elle pas donner une explication suffisante de ce phénomène?

Dans les prochaines leçons, M. Ferrus doit se livrer à l'histoire de l'idiotie. Le coup d'œil général jeté sur les divers phénomènes de ce genre d'altération, et les divisions importantes que le professeur a établies, nous promettent des leçons savantes sur cette matière. Parmi les causes de ce trouble des facultés intellectuelles et sensoriales, les arrêts de développement, les maladies de l'enfance, telles que l'hydrocéphalie, les convulsions et plus tard l'épilepsie, l'oblitération des sens et leur non-éducabilité, doivent occuper le premier rang. M. Ferrus classe ensuite au nombre des causes

générales les scrophules, la syphilis héréditaire, le rachitisme, et souvent l'inconduite des mères.

Déjà plusieurs idiots ont été présentés aux élèves pour les mettre à même d'étudier dans les traits, les gestes et les actions de ces malheureux, des caractères bien plus propres à différencier leurs états que toutes les appréciations phrénologiques possibles. C'est dans l'habitude extérieure, dans le regard, dans la teinte de la peau; en un mot, dans une expression indéfinissable qui se répand sur l'individualité des aliénés, que l'on peut évaluer le degré d'aberration de leur entendement et de leurs sens affectifs. Plus le trouble de leurs facultés intellectuelles et sensoriales est profond, et plus leur organisme est altéré. Les signes extérieurs de cette détérioration ne peuvent échapper à l'œil observateur du praticien instruit, et voilà pourquoi l'étude de l'aliénation mentale nous paraît d'une aussi haute importance.

Nul doute que, dans la conformation extérieure du crâne des idiots, on trouve quelquefois des anomalies remarquables, et nous sommes loin de prétendre que cette appréciation ne doive pas aussi entrer en ligne de compte dans les recherches de ce diagnostic; mais les conformations les plus disparates coïncident si souvent avec le même état morbide, qu'il nous paraît impossible de trouver dans les indications fournies par cet examen des indices certains de l'idiotie. Pour bien caractériser cet état d'abrutissement, saisir toutes ces nuances, et arriver à l'imbécilité par des gradations insensibles, on ne saurait trop multiplier les exemples et se livrer à des rapprochemens utiles. Imbu de cette vérité, M. Ferrus a montré simultanément à ses auditeurs des idiots, des fous, des maniaques et des imbéciles. Libre à chacun de leur palper le crâne sous les yeux du professeur, de suivre leurs mouvemens, d'interroger toutes leurs fonctions et de les étudier, pour ainsi dire, en détail, de même qu'on emploie tous les moyens d'exploration possible pour arriver au diagnostic des autres maladies. Cette étude dirigée avec tout le savoir et l'habileté qui caractérisent M. Ferrus, est destinée à féconder l'instruction des élèves, et tournera, nous ne pouvons en douter, au profit de la science et de l'humanité.

A. BOYER, D.-M.

REVUE DES JOUNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Guérison d'une blessure remarquable du testicule faite par la morsure d'un serpent, par le docteur KOEPPEN.

Obs. — Assmus fut mordu dans la forêt, le 5 avril 1834, au testicule, par un serpent dont l'espèce n'est pas indiquée. Il avait lui-même immédiatement excisé les parties mordues avec un couteau ordinaire. Une douleur très-forte et une hémorrhagie abondante amenèrent une perte de connaissance momentanée; cependant il put, après beaucoup de peine, rentrer en ville. A un examen attentif, on trouva : une blessure de trois pouces et demi de circonférence; le scrotum, de la grosseur d'une tête d'enfant, était noir, le pénis enflammé et noir; un des testicules, qui avait été séparé du cordon spermatique, tomba dans la bourse lors du pansement, et on y remarqua très-bien les traces de la morsure. On ne put appliquer un bandage régulier, à cause des fortes douleurs; on fit donc des applications froides. (Eau commune, une livre; vinaigre de vin quatre onces; hydrochlorate d'ammoniaque, une demi-once : mêlez. A l'intérieur, nitre, deux gros; eau commune, huit onces; oxymel simple, une once : mêlez. A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.)

Le 9. L'hémorrhagie a cessé vers midi; figure pâle et grippée; extrémités froides, pouls insensible; vomissemens; soif brûlante. (Carbonate de potasse, 3 gros; vinaigre de vinq.s.q., jusqu'à saturation complète; eau de mélisse, 6 onces; éther acétique, un scrupule; sirop d'écorce d'orange, 1 once; mêlez. A prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.)

Les vomissemens cessèrent ainsi que l'hémorrhagie, on supprima les fomentations froides, qui furent remplacées par la mixture vulnéraire acide étendue d'eau.

A l'intérieur, émulsion d'amandes douces, 1 once; nitrate de potasse, 2 gros; sirop émulsif, 1 once; mêlez; à prendre une cuillerée à bouche toutes les heures. La tumeur diminua d'heure en heure; la figure prit un meilleur aspect; le pouls et les forces se relevèrent.

Potion tonique. (Sel essent. de tartre, 2 gros; sucre, 1 once, m. s., à prendre dans la journée dans une infusion de thé.)

Le 22 avril le malade était guéri, à l'exception d'une induration du cordon spermatique, qui se dissipa au moyen de l'onguent suivant :

Prenez : Huile de corne de cerf. } de chaque 2 gros.
Esprit. }
Ong. merc. simple. demi-once.
M. s., pour frictionner trois fois par jour.

Il fut impossible de faire la ligature du cordon spermatique, à cause des fortes douleurs; au reste elle aurait été très-difficile. Le testicule a été conservé dans l'esprit-de-vin.

II. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Résection d'une portion du rectum, par le professeur MANDT.

L'extirpation d'une portion du rectum est sans contredit une des opérations les plus belles de la chirurgie moderne. Chacun sait qu'à M. Lisfranc appartient l'honneur de l'avoir tentée le premier (Gazette médicale, n° 32, 1833). Nous sommes heureux de pouvoir ajouter, aux faits produits par ce célèbre chirurgien, deux observations nouvelles, où cette opération a été exécutée avec beaucoup d'habileté et avec un plein succès. Le procédé opératoire employé par le docteur Mandt

diffère de celui de M. Lisfranc, qu'il ne paraît pas avoir connu ; nous devons dire encore que la portion de l'intestin excisée n'a été que de trois pouces, tandis que le chirurgien français en a emporté jusqu'à trois pouces et demi.

Obs. I. — P. N., âgé de 45 ans, souffrait depuis quinze ans d'accidens hémorrhoïdaux à la suite desquels il était survenu un prolapsus du rectum, et plus tard un véritable cancer de cet intestin. En effet, celui-ci présentait à sa paroi postérieure, immédiatement au-dessus de l'orifice de l'anus, des inégalités et des bosselures dont la plus considérable avait le volume d'une noisette. Aucune de ces tumeurs, dont la dernière était à 2 pouces un quart au-dessus de l'orifice, n'était ulcérée au-delà; le rectum n'offrait d'autre altération qu'une dureté et une rigidité de tissu un peu plus qu'ordinaire, et une diminution notable de sa sensibilité. Cependant l'état du malade s'était empiré au point qu'il ne lui restait plus de chance de salut que dans l'extirpation; lui-même la demandait. M. le professeur Mandt résolut donc de l'entreprendre.

A cet effet, après les préparatifs d'usage, il fit placer le patient sur un lit, le tronc appuyé sur les mains et les genoux, et soutenu par des aides dans cette position ; puis il pratiqua une incision ovalaire qui s'étendit depuis le coccyx jusqu'au périnée, en ayant soin de laisser entre cette dernière et les bords de l'induration cancéreuse, un intervalle de peau saine en haut de 4, et en bas de 6 lignes ; il disséqua ensuite la peau jusque vers la tumeur, et saisissant le lambeau supérieur entre le pouce et l'index, il tira l'intestin à lui et un peu de haut en bas. Dans ce mouvement le sphincter externe fut mis presque à découvert, et comme il n'entourait que lâchement le rectum, on se contenta de le détacher avec le manche du bistouri, en même temps qu'on fit des tractions latérales sur l'intestin. Le décollement du sphincter achevé, on put facilement tirer le rectum au dehors, de telle sorte qu'il fut possible de détacher en grande partie avec les doigts le sphincter interne, le muscle releveur de l'anus et la couche des muscles plus profonds.

Le rectum, dénudé dans une étendue de 3 pouces, présentait au-dessus de la dernière dureté, à 2 pouces un quart au-delà de l'orifice externe, un tissu parfaitement sain.

Après avoir accordé quelques momens de repos au malade, l'opérateur passa une anse de fil dans la paroi postérieure de l'intestin, afin d'empêcher ce dernier de remonter ; puis il introduisit le long de sa paroi antérieure le bistouri non boutonné de Pott, l'incisa d'un seul trait de gauche à droite, et par une autre incision semi-circulaire il enleva une portion de la paroi postérieure. Cette double section fut pratiquée dans le tissu sain, à un quart de pouce au-dessus de la dernière petite tumeur squirrheuse, et à peu près à la même distance au-dessous de l'anse de fil. Il survint une hémorrhagie abondante qui céda bientôt aux applications et aux aspersions d'eau froide ; l'intestin s'affaissa peu, et sa rétraction fut à peine sensible.

Pour éviter le contact immédiat des matières fécales sur la plaie, le professeur Mandt introduisit dans le rectum un tuyau de corne très-amincie, de la forme d'un entonnoir, dont la petite extrémité, dirigée en haut, était à bord étroit et légèrement arrondi, et la grosse, tournée en bas, offrait une circonférence beaucoup plus large et plus évasée, de manière à pouvoir s'adapter aux fesses. Cet instrument fut fixé au moyen de deux anses de fil appliquées aux parois antérieure et postérieure du rectum, dont les bouts, passés par deux trous pratiqués en arrière et en avant vers la grande circonférence de l'instrument furent noués ensemble.

Le malade fut soumis à un pansement et à un mode de traitement appropriés. Le premier jour il ne se présenta rien de remarquable ; le second, il survint une sensation de pesanteur et de malaise au rectum. L'appareil fut levé, et on trouva des matières fécales qui avaient glissé entre l'intestin et les parois externes du tuyau ; l'intérieur était entièrement sec, circonstance qui rappelle vivement l'observation déjà faite par Desault, que les matières stercorales ne passent jamais par un tuyau, mais qu'elles tendent toujours à glisser entre le dernier et la paroi interne du rectum, et que si elles ne peuvent sortir par cette voie, elles distendent l'intestin de manière à former prolapsus. L'inutilité du tuyau reconnue, on lui substitua un bourdonnet de charpie de 4 pouces et demi, ce qui soulagea beaucoup le malade. Les jours suivans se passèrent bien, la cicatrisation de la plaie marcha lentement, il est vrai, mais sans interruption. Six semaines après, la guérison était complète ; les selles se faisaient sans douleur et avec régularité ; un an après cet homme jouissait encore d'une parfaite santé.

Obs. II. — Mme de K., âgée de 43 ans, affectée d'hémorrhoïdes depuis l'âge de 25 ans, souffrait de temps en temps d'inflammation des petits bourrelets veineux développés à la marge de l'anus. Les tumeurs et l'inflammation disparaissaient par intervalle, par l'effet des sangsues et des lavemens ; mais immédiatement au-dessus de la marge de l'anus existait un enduit qui était constamment douloureux ; une douleur à-peu-près semblable se faisait sentir, aux époques de la menstruation, à la paroi postérieure et inférieure du vagin. Plus tard ces douleurs augmentèrent, et tout l'organisme commença à être affecté. La malade fut explorée ; d'un côté on trouva des matières stercorales déposées dans le vagin ; de l'autre on découvrit au côté périnéal de l'orifice de l'anus, une tumeur hémorrhoïdale du volume d'une grosse noisette, qui obstruait entièrement cet orifice et ne permettait pas l'introduction du doigt. En touchant par le vagin, on rencontra à sa paroi postérieure, à-peu-près à un demi-pouce de la vulve, une fente linéaire d'un pouce, à bords durs et calleux, à travers laquelle on put facilement introduire le doigt dans le rectum ; celui-ci était intimement adhérent au pourtour de la fistule, au-dessus de laquelle il présentait un rétrécissement notable ; au-delà l'intestin avait ses diamètres naturels. Entre cette fistule et l'orifice de l'anus, on rencontra, à la paroi antérieure du rectum, une seconde tumeur hémorrhoïdale plus petite que l'extérieure, qui, avec cette dernière, fermait cet orifice d'une manière toute mécanique, et forçait ainsi les fèces à se frayer un passage à travers le vagin.

L'indication était donc d'enlever ces deux obstacles ; mais l'épuisement de la malade et l'état de la paroi rectale avoisinant la fistule, ne laissaient que peu de chances de succès pour l'extirpation de la partie affectée. Aussi ne fut-ce que sur les instantes prières de la malade, que le professeur Mandt entreprit l'opération.

La patiente placée dans la position décrite plus haut, l'o-

ménateur fit, en commençant un peu au-delà de la moitié du cercle de l'orifice de l'anus, à droite et à gauche, deux incisions semi-circulaires qu'il réunit au périnée à angle obtus, en y comprenant la tumeur hémorrhoïdale externe; puis, saisissant le lambeau de peau, il le disséqua avec soin jusque près du rectum. Arrivé à l'intestin, il tâcha d'en soulever la paroi antérieure en haut et en dehors; il fendit ensuite quelques fibres du sphincter externe vers le périnée, pour gagner de la place afin de pouvoir opérer avec plus de facilité. Toute la paroi antérieure du rectum jusqu'au niveau de la fistule fut dénudée; après le professeur Mandt pratiqua à côté de cette dernière une petite incision dans l'intestin; et y ayant porté le bistouri boutonné de Pott, il fendit celui-ci de haut en bas. La même opération fut répétée de l'autre côté. Ces deux incisions verticales réunies par une autre transversale pratiquée près de l'angle inférieur de la fistule, la paroi vaginale du rectum fut enlevée à une hauteur de trois quarts de pouce, de sorte que la petite tumeur hémorrhoïdale interne fut comprise dans la portion excisée. Alors on put voir facilement, surtout en retenant en bas la paroi postérieure du rectum restée intacte, la fistule vaginale qui, avec ses bords calleux et légèrement bombés, faisait saillie dans l'intestin. Le chirurgien porta par le rectum le bistouri boutonné de Pott dans l'angle supérieur de cette fistule, et en dirigea le tranchant à angle droit vers l'un de ses bords, qu'il incisa de haut en bas à petits coups et en sciant; l'autre bord fut enlevé de la même manière. On essaya ensuite de réunir, au moyen de la suture. Un premier point fut porté par le rectum dans l'angle supérieur, et réussit; un second n'eut pas le même succès; les bords de la plaie, pratiquée dans un tissu altéré et friable, se déchirèrent lorsqu'on voulut serrer le fil. Au troisième point on fut obligé de laisser entre les bords et le fil un espace de trois lignes, de manière que la fistule ne fut point réunie à son angle inférieur.

On pansa convenablement la malade; et à l'exception de la fièvre et d'une très-grande faiblesse, on n'observa aucun accident fâcheux.

Le quatrième jour il survint une selle qui se fit sans douleur par la voie naturelle, et sans que rien passât dans le vagin.

Le sixième jour il y eut une seconde selle, mais cette fois quelques fèces pénétrèrent dans le vagin.

En examinant, on trouva la fistule réunie dans presque toute sa moitié supérieure; au bout de quatre semaines il ne restait plus qu'une petite ouverture à l'angle inférieur, par laquelle des matières fécales passaient, en petite quantité il est vrai, dans le vagin; la plus grande partie était évacuée par l'issue naturelle et sans aucune difficulté. Quelque temps après Mme de R. sortit de l'hôpital presque entièrement délivrée de son infirmité, et se proposant de se soumettre à une opération nouvelle si ce qui lui en restait lui devenait intolérable.

Du temps nécessaire au développement des tubercules et des foyers purulens des poumons, à la suite de l'injection du pus dans les veines; expériences faites sur des chevaux par le docteur GUNTHER.

Déjà dans un autre travail M. le docteur Günther s'était efforcé de démontrer que ce qu'on appelle communément la pourriture des poumons pouvait être le résultat d'une affection pulmonaire aiguë, et n'avait pas besoin pour se produire, comme on le prétend, des semaines et des mois entiers, pendant lesquels la santé des animaux ne paraissait nullement altérée. Pour confirmer cette assertion, l'auteur s'est livré à de nouvelles expériences sur les chevaux, dont il donne ici les résultats. Ces dernières furent faites sur huit chevaux, tous bien portans, chez lesquels la matière purulente fut injectée dans les veines. A ces cas il en rattache encore vingt-trois autres, et de l'ensemble de ces observations il tire les conclusions suivantes :

1° Le pus injecté ou passé dans les veines de la grande circulation s'arrête en petits globules dans les dernières ramifications des artères pulmonaires, où il produit des obstructions.

2° Ces dernières ont lieu, que le pus soit introduit par la veine-cave antérieure ou postérieure.

Ces obstructions sont-elles le résultat de la forme mécanique des globules, ou l'effet d'un spasme des artères produit par ces derniers? ou bien encore, sont-elles dues à l'une et l'autre cause en même temps? C'est ce que l'auteur n'ose décider. Cependant, il penche pour cette dernière explication.

3° Autour des points obstrués il se développe une inflammation plus ou moins étendue.

4° Lors de l'injection du pus dans les veines, il naît une réaction fébrile dont l'intensité dépend en partie de l'irritabilité de l'animal et en partie de la quantité du pus introduit; un pus ichoreux, toutes circonstances égales d'ailleurs, produit des symptômes plus graves qu'un pus de bonne nature.

5° Trois ou quatre heures après, les symptômes fébriles les plus intenses cessent; mais les animaux ne continuent pas moins de souffrir.

6° Cependant les symptômes généraux et locaux n'ont plus cette intensité et cette gravité qui pourrait faire soupçonner l'altération profonde du poumon qui en est la suite.

7° Les foyers purulens, produits dans les ramifications des artères pulmonaires par la présence du pus, et entourés d'un cercle inflammatoire, s'agrandissent avec une telle rapidité, que dans l'espace de deux, trois, quatre, cinq, six jours, ils acquièrent successivement depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix.

8° Cet accroissement, d'une rapidité sans exemple, peut s'expliquer par l'action chimique qu'exerce le pus sur les parties environnantes, qu'il convertit promptement en une matière purulente, sans qu'on soit obligé d'admettre l'intervention d'une inflammation.

9° La qualité du pus introduit dans les veines se retrouve dans celui produit dans le poumon.

10° De là on peut conclure que ces foyers purulens sont nécessairement le produit du pus injecté.

11° Les obstructions ne se bornent pas à la petite circulation, mais on les retrouve encore dans la grande, quand la première ou les poumons sont déjà altérés.

L'auteur croit que la présence du pus, l'inflammation, et les autres accidens qu'il détermine dans la grande circulation, pourraient être la suite de l'agrandissement des vomi-

ques où ce pus est absorbé par les veines pulmonaires préalablement ulcérées, phénomènes qui ont été observés quelquefois sur des veines de la grande circulation. (V. Dance, Arnott, Balling et Lee).

12° Aussi la stase du pus et les inflammations trouvées dans la grande circulation supposent une marche très-progressive dans la formation d'une ou de plusieurs vomiques; ces dernières, d'après les expériences instituées par l'auteur, se sont formées et agrandies avec une rapidité sans pareille dans l'espace de deux, trois et quatre jours.

13° Les constitutions fortes sont d'abord attaquées aussi vivement que les constitutions plus délicates; la réaction fébrile, la stase des globules purulens dans les poumons et le cercle inflammatoire qui entoure les tubercules nouvellement formés, se développent dans le principe au même degré chez toutes deux, du moins à en juger par l'égale intensité des symptômes qu'on remarque dans les premiers jours. Chez les constitutions fortes, il y a plus de ressources pour la résolution des tubercules et de l'inflammation qui en est la suite, et par conséquent plus de possibilité d'empêcher la formation des vomiques et leur terminaison toujours funeste. D'ailleurs la qualité du pus paraît exercer une influence très-marquée sur la possibilité de la résorption et de la disparition des globules purulens. Ainsi un pus louable provoquera des phénomènes beaucoup moins graves qu'un pus corrompu, et se laissera plus facilement absorber par les vaisseaux lymphatiques.

S'il a été démontré qu'une cause directe a présidé à la formation des maladies du poumon et nommément à une collection de pus, on voit d'autre part que les mêmes phénomènes mobides peuvent se produire à la suite des inflammations des veines et de l'absorption du pus. (Dance, Balling, Arnott et Lee.) De même si on considère que dans les maladies inflammatoires, et surtout dans les phlegmasies à caractère nerveux avec tendance à la gangrène, et dans les cachexies, il se forme des décompositions générales et locales, on peut, en se rappelant les observations connues sur les effets de l'absorption du pus, comprendre comment ce qu'on appelle *pourriture des poumons* peu se produire dans un si court espace de temps. L'auteur, en parlant de ces expériences, entre dans quelques détails sur les différentes causes qui peuvent déterminer une phlébite.

A la suite il donne un tableau comparatif des recherches et observations de Dance, Arnott et Lee sur la phlébite, dans lequel il a surtout en vue de faire ressortir les phénomènes secondaires et en particulier les lésions du poumon qui en sont la suite. Les ouvrages de ces auteurs sont connus en France; nous croyons devoir nous abstenir de rapporter l'analyse qu'en donne M. Günther; disons cependant qu'il y trouve la confirmation de ses propres recherches.

III. WISSENCHAFTLICHE ANNALEN DER GESAMMTEN HEILKUNDE.

Observations sur les plaies de tête; par M. le professeur DIEFFENBACH.

Le professeur de Berlin considère les plaies de tête comme beaucoup plus dangereuses qu'on n'a coutume de le penser. Ainsi, d'ordinaire, on ne craint que les plaies de tête avec fracture du crâne, les esquilles, la compression, l'irritation, l'extravasation, l'inflammation ou la commotion du cerveau, etc.; mais on fait peu attention aux blessures extérieures des parties molles. Il existe pourtant une bien grande différence entre une plaie ordinaire de la peau et celle du cuir chevelu. Si on fait pour une cause quelconque une simple incision à la tête, de manière à ce qu'une partie de la plaie intéresse la calotte et l'autre la peau du front, on remarque que, malgré la meilleure réunion au moyen des bandelettes agglutinatives et des fomentations froides employées avec soin, la première passera tantôt à l'état de suppuration et tantôt se réunira; mais les parties aux alentours deviendront le siége d'une inflammation érysipélateuse qui fournira plus tard de la suppuration, tandis qu'au contraire la seconde moitié de la plaie, à partir immédiatement de la racine des cheveux, ne s'enflammera pas et se guérira parfaitement en peu de jours. Ceci prouve une *vulnérabilité* toute particulière du cuir chevelu et qui mérite toute notre attention.

Plusieurs fois M. Dieffenbach a vu la mort survenir dans des plaies tout-à-fait simples du cuir chevelu, parce que cette partie était prise d'une inflammation érysipélateuse à laquelle succédait bientôt du délire et la mort. Dans d'autres cas, il survenait une suppuration profonde et la dénudation des os du crâne, également suivies de mort; en effet, il existe une connexion intime entre les surfaces externe et interne des os du crâne, en ce que la même affection qui se développe au dehors se reproduit bientôt intimement.

Cette inflammation érysipélateuse du cuir chevelu, qui conduit souvent à la mort en s'accompagnant des accidens orageux de l'inflammation de la dure-mère, montre un décollement très-étendu de cette dernière d'avec les os, ainsi qu'une exsudation de matière onctueuse à sa surface externe. Cette matière se rencontre également présentant un aspect grisâtre lorsqu'il existe de la suppuration à la surface externe de la tête à la suite d'une légère lésion; mais le plus souvent on rencontre un dépôt purulent correspondant à la partie externe qui a été lésée, et qui, lors de l'ouverture, s'échappe comme une matière ichoreuse très-ténue. Ce qui contribue encore à rendre les blessures du cuir chevelu extrêmement graves, c'est sa structure tendineuse; on sait que ce tissu est exposé aux inflammations les plus aiguës.

Toute blessure du cuir chevelu, quelque légère qu'elle soit, réclame un traitement antiphlogistique très-énergique. Toute incision pour donner issue au sang qui se trouve sous la peau, ou pour chercher une fissure, doit être évitée; l'air atmosphérique qui s'introduit dans la plaie décompose le sang auquel on n'a pu donner issue, et imprime à celle-là un caractère de mauvaise nature; mais en cas d'abcès on doit largement ouvrir. Une petite ouverture est nuisible: mieux vaudrait s'en abstenir entièrement; et autant la réunion secondaire est avantageuse dans les plaies récentes, autant elle est nuisible dans ces cas; car les deux surfaces garnies d'un tissu cellulaire sphacélé se décomposent mutuellement et s'altèrent de plus en plus; même des surfaces à granulations de bonne nature, lorsqu'elles sont serrées l'une contre l'autre, prennent un mauvais caractère; on doit donc bien les rapprocher, mais il faut qu'un corps intermédiaire les sépare.

A l'appui de ces excellentes considérations, M. le professeur Dieffenbach rapporte cinquante-huit observations tirées de sa pratique.

Épidémie d'une gangrène de la rate qui à régné en 1831 *dans le village de Mandrowo* (*Russie*), par le Docteur TSCHETIRKIN; traduit du russe par le docteur M. MAGASINER.

Comme nous ne connaissons aucune description de gangrène de la rate chez l'homme, nous croyons qu'il sera très-intéressant de donner l'histoire de cette petite épidémie avec quelques détails.

1° *Marche de la maladie.* — Sans autres symptômes précurseurs, la maladie commençait avec un sentiment de brûlure tout particulier dans le creux de l'estomac, accompagné d'une douleur insupportable dans l'hypocondre gauche, s'étendant insensiblement sur tout le bas-ventre jusqu'au côté droit; il survenait bientôt un malaise, quelquefois des vomissemens d'un liquide verdâtre; langue sèche au commencement de la maladie; soif nulle; point d'appétit; respiration difficile; pouls subséquent, toujours dur, quelquefois petit, d'autres fois plein; selles naturelles; urine rare et rouge; les malades avaient le sentiment d'un liquide chaud qui se remuait dans le côté gauche. Après quelques jours, signes d'état putride qui se manifestèrent même chez un des malades qui succombèrent au bout de quelques heures; douleurs pongitives aux côtés; météorisme; borborygmes; soif intense; augmentation du malaise; vomissemens continuels; couleur jaunâtre de la peau et de la sclérotique; figure grippée; pouls fréquent; crampes avec froid des extrémités, et enfin mort. Dans le cas d'une terminaison heureuse, tous ces symptômes diminuaient, à l'exception d'un sentiment désagréable à l'hypocondre gauche, qui bientôt disparaissait aussi.

Dès son début cette affection présentait le caractère d'une inflammation de la rate, et pouvait être combattue au moyen d'un traitement rationel. Elle ne prit le caractère typhoïde que chez deux individus d'une constitution faible.

D'après le dire des personnes qui ont entouré les trois malades qui ont succombé, les symptômes se montrèrent chez ces derniers au début de la maladie, avec le même caractère que chez les onze autres survivans, et ce n'est que dans les dernières heures qu'apparaissaient tous les phénomènes que nous avons indiqués comme caractérisant la gravité du mal.

Plus tard la maladie prit un caractère typhoïde, ce qui est prouvé non-seulement par sa marche, mais encore par l'autopsie cadavérique.

Au commencement de la maladie tous les phénomènes indiquaient une affection du système veineux.

Chez aucun de ces malades il ne se montra de douleurs nerveuses; les crampes qui se déclarèrent peu avant la mort doivent être attribuées à une affection secondaire de la moelle épinière. Les premiers malades souffrirent beaucoup et l'un d'eux seulement pendant très-peu de temps. Plus tard la maladie prit un caractère moins grave.

2° *Autopsie.* Les cadavres passaient bientôt à l'état de putréfaction; et au côté gauche, vers la région de la rate, il ne tardait pas à se manifester une tache noire bleuâtre. Ce dernier organe était ramolli, spongieux et rempli d'un sang fluide et noirâtre, présentant à sa surface postérieure une tache gangréneuse que l'on pouvait poursuivre jusque dans sa substance même; on remarquait sur le péritoine, l'estomac et les intestins grêles des vestiges d'inflammation; le foie avait une couleur d'un jaune clair; la vésicule biliaire était dans un état de phlogose et remplie d'une bile liquide.

3° *Étiologie de la maladie.*— La maladie ne fut point contagieuse, mais épidémique; ainsi, dans un espace de trois semaines, il n'y eût que deux personnes qui tombèrent malades dans une même famille; une fut guérie, l'autre mourut.

Cette maladie, que l'auteur dit n'être autre chose que la *peste de Sibérie*, apparait souvent dans cette contrée d'une manière sporadique et sous des formes très-diverses; il se demande si l'on ne pourrait pas en conclure que ce nouveau fléau est soumis à des influences telluriques passagères, sans avoir le caractère de la peste ou d'autres maladies épidémiques qui s'étendent sur une large surface de pays, ou bien n'aurait pas encore acquis le degré d'intensité nécessaire pour pouvoir se propager au loin; il est pourtant possible, ajoute M. Tschetirkin, que la diminution rapide de la maladie, du moins dans le cas présent, soit dû au froid rigoureux qui durait depuis long-temps.

On a remarqué que les animaux domestiques ne furent point atteints par l'épidémie.

4° *Traitement.* — Au début on employa les antiphlogistiques tels que les saignées générales, en cas de besoin les sangsues aux parties douloureuses, et les boissons acidulées. Dans deux cas où il se déclara un état typhoïde, on prescrivit avec avantage une infusion de calamus aromaticus avec addition d'acide muriatique jusqu'à saveur agréable et de 8 gr. de camphre sur 10 onces de véhicule.

Nous donnons maintenant quelques observations.

Obs. I. — Stephan Tscherwonow, âgé de 28 ans, d'une constitution faible, éprouva le 29 janvier un sentiment de brûlure insupportable dans le creux de l'estomac; bientôt après les symptômes suivans se déclarèrent: douleur brûlante dans tout le bas-ventre, très-forte surtout dans la région de la rate; langue sèche; soif modérée; anxiété et malaise; pouls petit, rare, fréquent, dur; selles naturelles; urine rare et rouge; quelques heures après l'apparition de la maladie: saignée de 16 onces. Prenez: eau de fontaine, une livre; acide muriatique oxigéné. q. s. jusqu'à saveur agréable; sirop acétique, une once; m.; pour boisson.

Le 30. Il existe encore quelques douleurs au côté gauche. (18 sangsues au côté douloureux.)

Le 1er février. Grande faiblesse; couleur jaunâtre de la peau et des yeux; malaise; douleur obtuse au côté gauche; borborygmes et pouls très-fréquent. Prescription: infusion de calamus aromaticus, une livre; camphre dissous dans l'alcool, dix gr.; acide muriatique oxigéné, q. s.; sirop de vinaigre, une once; m. s.; à prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

Le 2. Tous les symptômes diminuèrent, et dès ce jour l'état du malade s'améliora.

Obs. II. — Matrona Markowa, qui montra les mêmes

symptômes, fut traitée de la même manière et avec un pareil succès.

Obs. III.— Agaphia Korabelnikowa, âgée de 21 ans, d'une constitution très-forte, fut prise le 29 janvier d'une douleur brûlante au creux de l'estomac, qui s'étendit plus tard sur tout le bas-ventre; à cette douleur se joignit bientôt un malaise, des anxiétés très-fortes et un pouls fréquent et dur. (Saignée d'une livre et même prescription que dans l'observation première.)

Tous les symptômes ont disparu le 3 février.

Huit autres personnes, dont quatre hommes et quatre femmes, affectés de la même maladie, guérirent par ce traitement.

Observation d'une danse de Saint-Gui, s'accompagnant de phénomènes extraordinaires.

Le fait qu'on va lire s'éloigne tellement de la règle ordinaire, que nos lecteurs seront peut-être surpris de nous le voir reproduire dans nos colonnes. Nous ne l'aurions pas fait s'il ne se présentait sous la double garantie du journal médical qui l'a accueilli avant nous, et des nombreux témoins qui ont été à même d'en constater les circonstances. Ce n'est pas que nous allions jusqu'à les admettre dans tous leurs détails; une foi aussi entière ne peut se rencontrer sans doute que chez les témoins mêmes du fait. Mais en faisant la part de l'exagération ou même de quelque erreur possible, l'observation ne mérite pas moins d'être consignée dans les annales de l'art. Ne nous hâtons pas de poser des limites au pouvoir de la nature : si un fait unique de ce genre laisse toujours dans les esprits une certaine défiance, une condition essentielle pour en recueillir d'autres est de ne pas rejeter inconsidérément le premier.

Obs. — Fanny Christens, âgée de 14 ans, née de parens sains, l'aînée de trois enfans jouissant tous d'une bonne santé, commença à éprouver les premières atteintes de son mal vers le milieu de l'année 1830; ces premiers symptômes paraissent avoir été ceux d'une inflammation cérébrale. Plus tard, il se manifesta des mouvemens involontaires, d'abord à l'une ou l'autre des extrémités; ils se remarquaient surtout vers le soir, à peu près à la même heure; on ne les observa dans le principe qu'à une main, puis ils se propagèrent aux autres parties du corps, et augmentèrent de force et de durée. Il se passa ainsi dix-huit mois; en décembre 1831, le mal avait atteint son plus haut degré d'intensité; les accès se prolongeaient presque constamment pendant près de seize heures. Les spasmes en partie cloniques et en partie toniques occupaient tout le corps, mais principalement l'appareil locomoteur; les bras et les mains étaient continuellement agités par de petites contractions très-courtes, mais violentes; les doigts se resserraient fortement sur les pouces, qui étaient rentrés dans la main; une raideur presque tétanique occupait la colonne vertébrale et les extrémités inférieures. La tête et le cou se tournaient en tous sens et par un mouvement continuel; tandis que les paupières restaient ouvertes, les yeux hagards, les pupilles presque immobiles et insensibles à la lumière; la bouche légèrement fermée et les traits de la face entièrement tranquilles. Mouvemens d'élévation et d'abaissement du thorax irréguliers; respiration inégale, brève, entrecoupée de soupirs, de gémissemens, et s'accompagnant d'une toux sèche et spasmodique; pouls radial égal des deux côtés, mais petit, tendu, subfréquent, isochrone aux battemens du cœur, qui étaient parfaitement réguliers. Cependant la plus légère pression sur la région qui s'étend depuis cet organe jusqu'à la rate faisait tressaillir la malade, et lui occasionait une douleur qu'elle exprimait par la contorsion des traits de la face; une semblable douleur se faisait sentir au bord interne de l'omoplate dans l'étendue d'une pièce de vingt sous. L'accès commençait ordinairement vers sept heures du matin, par quelques mouvemens convulsifs de la tête et des extrémités; les yeux devenaient immobiles et hagards, et les traits de la face étaient comme frappés de stupeur; puis les convulsions et les spasmes s'emparaient de tout le corps, et la petite malade perdait entièrement connaissance; le paroxysme se prolongeait ainsi jusqu'à 11 heures du soir; alors il survenait quelques heures d'un sommeil assez tranquille, mais qui ne délassait nullement.

Cet état dura jusqu'à la mi-janvier 1832, époque à laquelle il s'y joignit deux phénomènes très-remarquables dont nous allons parler avec quelque détail, à cause de leur extrême rareté.

On entendait, à diverses reprises, comme frapper et gratter dans la proximité de la petite malade : ces bruits étaient de force et de durée variables; le premier résonnait comme si quelqu'un frappait contre le bois; le second, comme si l'on grattait contre les planchettes du lit : on était tenté de croire que c'était l'enfant elle-même qui produisait ces sons extraordinaires avec ses doigts et avec ses ongles. Y avait-il là quelque supercherie, et comment se rendre compte de ces singuliers phénomènes? Le lit fut changé de place et examiné, exploré pièce par pièce; les bruits qui avaient cessé pendant cette opération recommencèrent dès que l'enfant eût été couchée. Plus tard on l'assit sur une chaise placée dans un endroit de la chambre éloigné du lit, les bruits la suivirent, et on entendit distinctement frapper et gratter contre le bois de la chaise; il est à remarquer que la nature des sons s'était modifiée en raison de la différence de densité de ces deux espèces de bois du lit et de la chaise. Une autre fois la malade fut transportée, sans qu'on l'en eût prévenue, dans une autre chambre et un autre lit; mais à peine s'y trouvait-elle quelques instans que là aussi on entendit de nouveau frapper et gratter.

Le docteur Plath était désormais convaincu de la réalité de ces phénomènes; il avait également acquis la persuasion que ces bruits tenaient au voisinage de l'enfant, qu'ils n'étaient produits ni par les mains, ni par les ongles, ni par la bouche, ni par aucune partie extérieure du corps de cette dernière, et qu'enfin ils n'étaient rendus par aucune autre personne. Cependant pour s'assurer s'il n'était point le jouet d'une illusion, M. Plath conduisit auprès de la malade un grand nombre de ses confrères dont il cite les noms, qui tous purent constater la réalité du fait.

Ces bruits qui avaient commencé à se faire entendre du 12 au 13 janvier, allèrent quelque temps en augmentant, puis diminuèrent vers la fin de mars; ils pouvaient être observés non-seulement pendant les paroxysmes, mais encore

dans les intervalles lucides, jamais quand l'enfant dormait.

Une autre circonstance digne d'attention, c'est que ces bruits pouvaient être provoqués ; ainsi lorsqu'on grattait ou frappait contre le bois de lit, on entendait gratter ou frapper avec une intensité et une durée égale et même nombre de coups ; plus tard il suffisait, pour les faire naître d'en parler et de fixer le nombre de coups que l'on désirait.

On put observer encore que ces mêmes sons marquaient la mesure quand un chant ou des instrumens de musique se faisaient entendre dans la chambre ou dans le voisinage ; par la suite ils étaient parvenus à imiter toutes les espèces de bruits; ainsi pendant deux jours ils imitèrent parfaitement les coups de scie d'un menuisier qui travaillait dans une maison voisine ; le point de départ de ces bruits variait encore pour les différentes personnes assises autour du lit, suivant la place qu'elles occupaient.

Vers la fin de février, tandis que les mouvemens convulsifs et les spasmes étaient encore dans toute leur force, le frappement cessa subitement et le grattement diminua d'une manière sensible : il n'était plus à cette époque provoqué comme précédemment ; il obéissait plutôt à certaines influences qui sont plus du ressort du magnétisme animal. C'est ainsi que ce bruit était très-intense à l'approche de personnes du sexe masculin, tandis que la présence de personnes du sexe féminin ne pouvait rien pour le reproduire. Ce bruit se faisait encore entendre avec beaucoup de force quand on dirigeait, même à distance, la pointe des doigts vers le creux de l'estomac de la malade ; isolait-on cette partie du corps au moyen d'une étoffe de soie, le bruit cessait entièrement.

A l'époque de la disparition complète de ce dernier son, la petite malade commença à reprendre de plus en plus connaissance en même temps qu'il survint, pendant le temps des convulsions, une inquiétude et une activité extrêmes, qui contrastaient d'une manière frappante avec l'excessive faiblesse que l'on remarquait dans les intervalles lucides. Son état se rapprocha de plus en plus du somnambulisme ; ses parens racontent même qu'un jour elle s'écria, en parlant de l'un de ses frères : « Bernard ! prends garde de tomber! » et aussitôt ce dernier entra dans la chambre la figure toute ensanglantée ; une autre fois elle saisit un tricot, montra du doigt, sans y regarder, un endroit de ce tricot, où l'on découvrit en effet un défaut qui avait échappé à tout le monde ; le docteur Plath n'est ici que narrateur et ne garantit pas l'authenticité de ces derniers faits.

Le traitement de cette singulière et inexplicable affection fut tout d'expectation. On avait, depuis l'apparition des bruits que nous avons décrits, abandonné toute espèce de médication interne ; il est bon cependant de rapporter une circonstance qui parut avoir quelque influence sur la diminution des accidens convulsifs. La mère de l'enfant qui était une femme de moyen âge, et d'une constitution robuste, s'étant un jour couchée avec elle, remarqua que les spasmes avaient été moins forts et de moindre durée ; elle continua donc pendant tout l'été de l'année 1832 l'usage d'un remède si simple, et en effet les phénomènes nerveux allèrent de plus plus en en diminuant.

Plus tard on fit coucher avec la petite malade un jeune chien qu'on plaça à ses pieds ; cet animal ne tarda pas à devenir maigre et à être pris de convulsions, et finit par mourir, tandis que l'état de la jeune fille s'améliora d'une manière très-sensible. Il survint vers la fin une salivation spontanée qui fut remplacée par une diarrhée abondante et de longue durée ; peu à peu les convulsions diminuèrent, les accès devinrent plus courts, la petite fille put s'occuper de travaux légers, enfin dans le courant de l'été 1833 sa santé se rétablit entièrement.

L'affection si remarquable que nous venons de décrire appartient, selon le docteur Plath, au genre de maladies qu'il appelle *maladies d'évolution ;* elles sont caractérisées par une prédominance momentanée du système nerveux ganglionaire sur le système nerveux centrospinal, d'où découle la série des accidens spasmodiques que nous avons parcourue. L'auteur cite l'exemple d'une catalepsie qui survint, comme dans le cas présent, à l'époque de la puberté, et guérit également dès que cette époque fut passée, sans l'application d'aucun remède. Cherchant à caractériser la nature et à déterminer le mode de production des bruits si extraordinaires dont nous avons parlé, le docteur Plath croit pouvoir les rapporter à une sorte de *ventriloquie volontaire* ou *involontaire*.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

La séance est ouverte à trois heures. L'assemblée est plus nombreuse encore que la dernière fois.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. M. Gibert annonce que la souscription ouverte jeudi dernier a produit séance tenante une somme de 1228 fr., qui s'est accrue depuis de nouveaux dons.

M. Mège absent, écrit qu'il s'associe à toutes les résolutions prises par l'assemblée.

M. Faure adresse par écrit quelques réflexions sur la responsabilité médicale. Il rapporte le fait d'une illustre dame polonaise qui, ayant eu l'artère piquée dans une saignée par une de nos notabilités chirurgicales, demeura si bien convaincue que la faute n'en devait point être attribuée au chirurgien, que près de mourir par suite de cet accident, elle écrivit dans son testament : « Je lègue à mon chirurgien une somme de 200 ducats pour l'indemniser du dommage que l'accident qui m'est arrivé à causé indument à sa réputation. » M. Faure propose en finissant à tous les médecins de s'engager par serment, si l'irresponsabilité médicale n'est pas reconnue, à ne donner leurs soins à aucun magistrat et à aucun ministre. (Rire général.)

M. Gibert à la parole pour lire le projet de lettre dont les bases ont été adoptées par la commission ; mais auparavant il fait remarquer que MM. Dubois d'Amiens et Sandras, adjoints à la commission, n'ont pas cru que leurs idées eussent

été assez mises en lumière dans cette lettre ; ils en ont donc rédigé chacun une, et il a été convenu que les trois lettres seraient lues devant l'assemblée.

On passe à la lecture des trois lettres. Celle de la commission est plus concise, mais peut-être aussi plus sèche ; M. Dubois d'Amiens a largement traité la question du principe, mais à peine a-t-il touché la question spéciale ; M. Sandras a cherché à éviter ce double écueil. L'assemblée demeure visiblement incertaine quant au choix de la lettre.

Après des débats prolongés sur diverses questions préalables, telles que le rang dans lequel les trois projets seront discutés, l'ordre de la discussion, etc., M. Double propose de nommer une commission nouvelle qui sera chargée de fondre les trois lettres en une seule, et d'arrêter une rédaction unique qui devra être soumise au jugement définitif de l'assemblée.

Cette proposition étant adoptée, MM. Dubois d'Amiens, Sandras et Gibert demandent de ne pas faire partie de la commission nouvelle.

L'assemblée consultée arrête :

1° Que la commission nouvelle sera composée de cinq membres ;

2° Que MM. Dubois d'Amiens, Sandras et Gibert n'en feront point partie et ne seront pas même adjoints d'office à la commission, qui cependant pourra s'aider de leurs lumières si elle le juge convenable ;

3° Que le bureau nommera la nouvelle commission.

Le bureau se consulte, et M. le président annonce que la commission se composera de MM. Dubois père, Double, Vidal de Cassis, Bérard jeune et Forget.

On demande de toutes parts que M. Orfila fasse partie de la commission. M. Forget se lève, et, remerciant le bureau de l'honneur qu'il vient de recevoir, déclare qu'il se démet avec le désir de voir sa place remplie par M. Orfila.

La commission reste donc définitivement constituée comme il suit : MM. Orfila, Dubois père, Double, Vidal de Cassis et Bérard.

Une prochaine séance aura lieu jeudi prochain à trois heures. Tous les médecins de Paris sont invités à s'y trouver, sans autre convocation.

La séance est terminée par de nouvelles souscriptions. La liste demeure ouverte chez M. Aubin, trésorier de l'association médicale, et chez le concierge de la Faculté de médecine.

Séance levée à cinq heures.

(Nota. *La lettre définitive adoptée par l'assemblée dans sa séance du 2 octobre, a été insérée au* Journal hebdomadaire de médecine, page 113 de ce volume.)

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

SEPTEMBRE 1834.

N° DU 4.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL, professeur.

Leçons sur le Rhumatisme. (SUITE ET FIN.)

Nature du rhumatisme.

La goutte diffère-t-elle du rhumatisme? Les anciens regardaient la goutte comme très-différente du rhumatisme, et la désignaient sous le nom d'arthrite, qui est pour nous le rhumatisme articulaire. Nous avons, il est vrai, séparé le rhumatisme musculaire de celui des articulations, mais nous avons fait remarquer que très-souvent ils existent en même temps, de telle sorte que les muscles sont très-douloureux au moment même où une et plusieurs articulations sont prises : c'est ce qui a engagé la plupart des médecins à les considérer comme liés à la même cause siégeant dans des organes différens.

Tout porte à croire que la cause est la même, quoique les symptômes soient différens dans le rhumatisme des muscles et dans celui des articulations; seulement quelques médecins l'appellent goutte quand elle occupe les petites articulations d'une manière primitive et à l'exclusion de toutes les autres, quand il se manifeste en même temps du trouble dans les fonctions digestives. Mais existe-t-il une différence aussi grande que le veulent ces auteurs, entre la maladie d'une petite et d'une grande articulation? Si elle existe, elle ne tient absolument qu'à la position de l'articulation; ainsi dans l'articulation coxo-fémorale, située très-profondément, la couche musculaire considérable vous empêchera d'apercevoir la rougeur et le gonflement, tandis que dans les petites ou moyennes articulations ces symptômes deviennent très-évidens, aux phalanges, par exemple, ils se trouvent tous réunis, douleur, gonflement, chaleur, rougeur.

Si l'on tenait encore à ces distinctions, force serait bien de les confondre lorsque les grandes et les petites articulations se prennent en même temps : quant aux troubles dans les organes digestifs que l'on dit apparaître fréquemment dans l'affection goutteuse, M. Chomel ne les a pas observés plus souvent que dans les autres rhumatismes, ils sont même beaucoup plus marqués et plus intenses quand les grandes articulations sont malades. D'ailleurs, si les malades ont moins d'appétit, s'ils présentent un mouvement fébrile marqué, c'est souvent au séjour prolongé dans le lit qu'il faut l'attribuer.

Une autre différence que l'on a voulu établir, c'est que la goutte est héréditaire; nous avons montré que le rhumatisme l'était aussi.

Nous allons indiquer d'une manière rapide les formes principales que les anciens reconnaissaient à la goutte. On donnait le nom de *goutte régulière* à la maladie articulaire qui occupait les articulations et se manifestait par de la rougeur, de la tuméfaction, de la chaleur. Quand la maladie attaque une ou plusieurs articulations, il y a alors de la fièvre, des paroxysmes, soif vive, chaleur de la peau, enfin ces symptômes que nous avons décrits pour le rhumatisme articulaire.

La *goutte irrégulière* se caractérise par des symptômes que l'on ne croit pas pouvoir rapporter à une arthrite franche.

Elle se divise en 1° *goutte atonique* que l'on reconnaît par des flatuosités intestinales, de la difficulté dans les digestions, etc. Si l'on voulait absolument rattacher au rhumatisme ce que les anciens désignaient sous ce nom, ce serait au rhumatisme musculaire de l'estomac et des intestins.

La deuxième forme de goutte irrégulière est la *goutte rentrée*. Un malade qui offrait un rhumatisme articulaire venait-il à être pris de douleurs vives dans un organe en même temps que les articulations devenaient libres, il avait une goutte rentrée? Nous avons expliqué ces métatases par la migration du rhumatisme soit musculaire, soit articulaire.

La troisième forme était la *goutte mal placée*. Les symptômes qui paraissaient du côté de l'estomac annonçaient sa présence. La seule différence qui existait entre la *goutte rentrée* et la *goutte mal placée*, c'est que dans le premier cas l'individu était goutteux, mais il n'avait pas la goutte au moment où se manifestait le trouble des organes digestifs.

J.

Barthez qui a approfondi ce sujet, avait admis encore 4° une *goutte imparfaite*, 5° une *goutte incomplète;* dans cette dernière, il restait du gonflement sans douleur après la disparition du rhumatisme articulaire.

On a voulu encore trouver des différences entre le rhumatisme et la goutte dans certaines conditions individuelles : ainsi on a dit qu'on ne voyait jamais la goutte dans les hôpitaux chez les pauvres, tandis qu'on la trouvait chez les gens riches. La raison est que les ouvriers, occupés toujours à un travail actif, ne s'arrêtent qu'au moment où les grandes articulations se prennent.

La goutte entraîne des accidens que l'on ne voit jamais paraître dans le rhumatisme : ainsi les tophus, les dépôts de matière crétacée ne s'observent que dans les petites articulations, et l'on a conclu que la maladie devait être différente puisqu'elle produisait des effets différens. Mais les petites articulations ont une disposition très différente des grandes, car chez un même individu dont toutes les articulations sont prises, il ne se forme des tophus que dans les petites; dans ce cas, on serait donc forcé d'admettre qu'il y a en même temps rhumatisme dans les grandes, et goutte dans les petites articulations.

On a encore trouvé des différences dans l'existence simultanée chez un grand nombre d'individus, de la goutte et de la gravelle. On n'a pas voulu voir que les causes favorables à la gravelle comme la vie indolente, la bonne chère, sont des conditions qui président aussi au développement des affections rhumatismales articulaires; d'ailleurs, une autre cause non moins puissante est le repos auquel se trouve condamné le goutteux qui continue sont genre de vie habituelle.

Traitement. Il ne diffère pas de celui du rhumatisme. Si la goutte est régulière, le traitement est absolument le même; si elle est irrégulière et que le transport ait eu lieu sur un organe important, il faudra recourir, comme nous l'avons indiqué, à des applications de sangsues sur le lieu actuellement en souffrance, et placer des sinapismes sur les articulations qu'occupait la maladie. On avait regardé la goutte atonique comme exigeant les toniques et les amers; lorsque la goutte était mal placée, on croyait qu'il fallait pousser fortement à la peau. Il suffisait d'indiquer ces différences pour faire voir qu'elles sont vaines. Ainsi, la distinction entre la goutte et le rhumatisme est idéale et ne peut plus exister, ce sont de simples variétés d'une même maladie.

De la nature inflammatoire du rhumatisme.

La rougeur, le gonflement, la douleur et la tuméfaction sont des phénomènes inflammatoires non douteux que personne ne peut méconnaître : mais une inflammation n'a qu'une forme, elle se présente toujours avec les caractères inflammatoires; or, existent-ils toujours dans le rhumatisme? Dans certains cas vous trouvez seulement de la douleur; d'autres fois de la chaleur, souvent même une sensation de froid.

Chez ces individus vous ne pouvez constater l'inflammation : dans le rhumatisme musculaire vous n'avez jamais de rougeur ni de chaleur, et si vous disséquez ce muscle qui a tant souffert, vous ne trouvez absolument rien. Il n'y a pas cependant d'inflammation dont les suites ne soient appréciables, et vous ne trouvez ici aucune trace, aucune de ces modifications qu'elle laisse toujours dans les tissus qu'elle a traversés : dans les articulations ces phénomènes manquent très-souvent, et nous avons démontré que le pus dont la sécrétion se lie toujours à une inflammation, n'avait jamais été trouvé, si ce n'est dans certaines circonstances qui se rattachaient à d'autres maladies.

Si nous examinons maintenant le rhumatisme lorsqu'il semble revêtir une forme inflammatoire, il nous faut décider d'abord si l'inflammation est primitive ou si elle n'est que secondaire. Avons-nous sous les yeux un grand nombre d'inflammations existant simultanément.

Il est impossible de considérer ces phénomènes inflammatoires autrement que comme des inflammations disséminées qui doivent se rattacher à une seule cause dont vous ne voyez que les symptômes nombreux : c'est ce qui a lieu dans la variole où les boutons ne constituent pas plus la maladie que les douleurs articulaires dans le rhumatisme; il en est de même pour la rougeole, la scarlatine et toutes ces maladies dont l'essence est un principe vireux, et dans lesquelles l'inflammation tient le premier rang.

Dans le rhumatisme, la marche, la durée des phénomènes diffèrent de ce qui a lieu dans l'inflammation qui présente une période d'état, d'accroissement, de déclin; rien de semblable dans le rhumatisme dont la durée peut être de quelques minutes ou de plusieurs mois : ce n'est certes pas là la marche d'une inflammation.

La mobilité est encore un caractère qui distingue le rhumatisme de l'inflammation. On ne voit pas celle-ci sauter d'un organe à un autre, pour disparaître encore et rester ensuite quelque temps sans manifester sa présence.

Un phénomène non moins curieux et qui ne se voit jamais dans l'inflammation, c'est que dans la fièvre rhumatismale toutes les articulations deviennent libres; il n'y a plus de douleur, de tuméfaction, de chaleur même, en un mot le malade se croit guéri, mais il conserve tous les symptômes généraux comme le mouvement fébrile, la soif, et il ne tarde pas à voir reparaître son mal avec toute sa violence. Cette espèce d'entr'acte prouve que les phénomènes inflammatoires dont nous sommes témoins ne constituent pas la maladie principale, et que le mal ne réside pas dans les articulations.

Jamais le rhumatisme ne s'est terminé par gangrène; tandis que l'inflammation offre quelquefois cette terminaison fâcheuse. Nous avons vu qu'on n'avait pas encore trouvé de pus dans les articulations, ou bien quand cela avait eu lieu la présence du pus tenait à d'autres causes. Or, une inflammation qui ne se termine *probablement* jamais par suppuration n'a pas une nature vraiment inflammatoire.

Le rhumatisme est-il de nature nerveuse? Quelques auteurs lui avaient donné cette origine parce qu'il s'accompagne de douleurs dans les mouvemens.

On ne peut pas davantage rapprocher le rhumatisme des altérations organiques, ce qu'on avait voulu faire en ayant égard aux altérations profondes que présentent souvent les articulations.

Après avoir comparé le rhumatisme à toutes les maladies connues, nous sommes forcé de reconnaître qu'il forme un

groupe, une famille, tout aussi naturelle que la fièvre intermittente.

N° DU 6.

HOTEL-DIEU.

Considérations et observations sur le siége, la marche et la terminaison des anévrysmes de l'aorte pectorale; par M. MONTAULT, D. M. P., Ancien interne de l'Hôtel-Dieu.

Les dilatations partielles de l'aorte, désignées sous le nom d'anévrysmes, ont un volume variable, et peuvent avoir leur origine dans divers points de l'étendue de ce vaisseau. Elles occupent le plus souvent la crosse de l'aorte, sa naissance, l'origine du tronc brachio-céphalique, ou des points inférieurs à ceux-là.

Dans tous ces cas, la marche et la terminaison de la maladie diffèrent suivant la direction que prend la tumeur, c'est-à-dire suivant qu'elle se porte à l'extérieur ou à l'intérieur, qu'elle comprime ou non les parties contenues dans le thorax, etc.

1° La tumeur siégeant à la crosse de l'aorte, et en même temps à la naissance du tronc innominé, peut paraitre rester stationnaire. En voici un exemple :

Une femme âgée de quarante ans, veuve depuis sept, ayant ressenti beaucoup de chagrin, occasioné par la perte de son mari, travaillant depuis onze mois en qualité de domestique chez un boulanger, où elle était exposée à beaucoup de fatigue, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 mars 1829. Son état était celui-ci : palpitations et étouffement revenant par accès; pouls dur, bruit de soufflet très-distinct par l'auscultation dans toute la paroi antérieure de la poitrine, dans les deux carotides, dans les artères sous-clavière et axillaire, plus fort encore dans la région du ventricule gauche. Au-dessous de l'attache inférieure du muscle sterno-mastoïdien et de la clavicule, du côté droit, on sent et on aperçoit à l'œil nu des battemens d'expansion qu'on croit dépendre d'une dilatation de l'aorte et du tronc innominé.

Cette femme, dont les règles étaient supprimées depuis trois ans, nous dit qu'elle s'était toujours assez bien portée jusqu'au mois de septembre de l'année 1828, époque à laquelle elle fut prise de céphalalgie, de douleurs dans les membres, de palpitations et de congestions cérébrales légères et passagères.

Une tisane de chiendent gommée et nitrée, des juleps béchiques, la digitale en poudre, une saignée de deux poëlettes, des sinapismes aux pieds, des sangsues au siége, voilà les moyens qui lui furent administrés à l'Hôtel-Dieu, suivant les diverses indications.

Mais elle voulut sortir le 10 avril suivant, à peu près dans le même état que lorsqu'elle y était entrée. Du reste, à part les palpitations, elle trouvait sa santé en bon état.

2° D'autres fois la tumeur, occupant la crosse de l'aorte, l'origine du tronc innominé, peut se porter au-dessus ou derrière la clavicule, et il est possible alors que la mort survienne par épuisement avant que la tumeur ait pu s'étendre davantage. J'ai consigné un cas de ce genre dans un des Bulletins de la société anatomique (1829). On peut en voir deux autres dans un mémoire inséré par M. Corbin dans le Journal hebdomadaire, tom. III, n. 31 (obs. 1 et 5).

3° La mort ne survenant que lentement, de manière à permetttre à la tumeur de se développer davantage, celle-ci peut prendre plusieurs directions et comprimer des organes importans à la vie.

A. Elle peut glisser dans le médiastin antérieur, et venir proéminer en dehors et à droite du sternum. J'ai publié un cas de ce genre fort remarquable dans le Journal hebdomadaire de médecine (I, 5, n. 58).

B. On l'a vue comprimer, user la clavicule, les côtes, le sternum, les vertèbres, lancer même la clavicule.

C. Elle peut encore comprimer l'un ou l'autre des deux poumons, quelquefois les deux à la fois, et produire une grande dyspnée.

D. Les bronches ou la trachée artère, et faire que la respiration soit accompagnée d'un sifflement particulier.

On lit dans les Archives générales de février 1834, l'observation d'une femme affectée d'anévrysme de l'aorte thoracique qui, outre la dyspnée due à la compression de la bronche gauche par la tumeur, nous offre la plupart des phénomènes dont nous parlons plus loin. Ainsi, il y avait en outre aphonie par compression du nerf laryngée, et la tumeur s'ouvrit dans l'œsophage.

Cette observation intéressante a été consignée par M. Huguier.

E. Le cœur, les grosses artères environnantes, et produire des changemens notables dans l'état du pouls.

F. L'un des nerfs laryngés, et causer une aphonie dont la source pourrait être méconnue, comme l'a vu M. Cruveilhier.

G. L'œsophage, et entretenir une dysphagie chronique.

H. La veine cave inférieure, et produire une mort comme apoplectique. (Corvisart.)

I. Le canal thoracique, et gêner le retour de la lymphe. (Laënnec.)

4° Enfin, la tumeur continuant à se développer de plus en plus, pourra se rompre, et donner lieu à une mort plus ou moins instantanée, suivant que les parties environnantes s'opposeront ou non à une grande perte de sang.

a. Elle peut s'ouvrir en arrière, de manière à faciliter la destruction des vertèbres et des côtes par le choc continuel du sang. On peut voir dans le Journal hebdomadaire, t. III, n. 31, un cas de ce genre, inséré par M. Corbin. (Deuxième observation.)

b. Elle peut s'ouvrir dans la cavité des plèvres, *V.* deux observations analogues recueillies à l'hospice de Sainte Perrine, par MM. Canuet, et insérées par eux dans la Clinique des hôpitaux (n. du 14 février 1829). Dans ces deux cas, l'anévrysme siégeait immédiatement au-dessus du passage de l'aorte, entre les piliers du diaphragme. Deux autres, publiées par M. Corbin, dans le Journal hebdomadaire, t. III, n. 31. Dans l'une (obs. 3), le sang pénétra dans la plè-

vre gauche ; dans l'autre (obs. 6), le sang tomba dans la cavité plèvrale droite (1).

c. Elle peut s'ouvrir dans les bronches, la trachée (2), ou l'œsophage et donner lieu, dans ces cas, à une mort pour ainsi dire instantanée par une hémorrhagie foudroyante ; car on conçoit que les cas dans lesquels la formation d'un caillot pourra empêcher une perte de sang considérable doivent être bien rares : et lors même que cela aurait lieu, ce caillot ne pourrait opposer qu'une faible et passagère résistance à l'impulsion que le sang reçoit du cœur.

Ce fut vraisemblablement à la rupture d'un anévrisme de l'aorte dans les bronches, que fut due la mort d'un élève en médecine, qui habitait la rue des Mathurins-Saint-Jacques, et qui, dans le courant de l'année 1825 ou 1826, éprouva tout à coup une hémorrhagie par les voies aériennes, au milieu de la nuit et *dans les bras de sa maîtresse* : celle-ci voulut en vain appeler du secours, il employa le reste de ses forces pour s'y opposer ; la mort fut pour ainsi dire instantanée ; le sang provenant de l'hémorrhagie, avait imbibé une partie du lit et ruisselé sur le plancher. Ses nombreux amis, au nombre desquels je me compte, ne purent obtenir du commissaire de police d'être présens à l'ouverture du corps.

Ce jeune homme était d'une forte stature, d'une constitution sanguine et pléthorique ; doué de facultés intellectuelles très-développées, il s'adonnait avec trop de zèle à l'étude de l'anatomie et de la médecine en général (je n'oublierai jamais que nous avons passé ensemble bien des journées entières dans les amphithéâtres de dissection) ; sa santé n'était point d'ordinaire dérangée, mais toujours je l'ai entendu se plaindre d'une gêne, d'un embarras entre les épaules et dans la poitrine. Il était habituellement rouge et bouffi, et même sa figure, les lèvres et les pommettes en particulier, présentaient le rouge violacé que MM. Récamier, Laënnec et Vaidy ont signalé comme un des signes de *l'artérite*, mais qui, comme tout le monde sait, appartient également aux affections du cœur et à certaines maladies du poumon.

d. Enfin, la tumeur, après être venue saillir sous les tégumens, peut s'y ouvrir et causer presque toujours subitement la mort ; dans les cas de ce genre, la rupture de la poche anévrismale a ordinairement lieu avant la chute de l'escarre gangréneuse qui s'empare des parties molles extérieures ; en voici un exemple :

Un Portugais réfugié, âgé de 40 ans, sous-officier dans un régiment d'infanterie, entra à l'Hôtel-Dieu le 31 mars 1831, dans le service de M. Chomel. Il faisait remonter le commencement de sa maladie à deux ans, époque à laquelle il éprouva une forte douleur dans le côté droit du corps après un effort violent pour transporter une pièce d'artillerie.

Six mois après, à son dire, commença à se développer une tumeur qui avait fait de grands progrès dans les derniers temps, et qui, lors de l'entrée, s'étendait de la clavicule droite jusqu'au menton dont elle était séparée par un sillon profond ; elle avait le volume de la tête, et occupait transversalement une grande partie du cou ; elle avait commencé à se développer au dessus de la clavicule, offrait des battemens perceptibles dans toute son étendue et isochrones à ceux du pouls, et devait comprimer la trachée, puisque le passage de l'air avait été souvent gêné et accompagné de sifflement ; le pouls était plus faible à droite, ce qui semblait indiquer que l'artère principale de ce membre était aussi comprimée ; au-dessous de l'angle de la mâchoire, à droite, elle offrait une partie plus proéminente, au centre de laquelle existait une escarre gangréneuse, escarre dont la chute aurait immédiatement été suivie de la mort.

Le malade demandait à grands cris l'opération, qui avait successivement été refusée par MM. Dubois, Lisfranc, Dupuytren ; M. Chomel le voyant voué à une mort certaine, tâcha de même de l'en dissuader en lui faisant espérer qu'il serait possible de le guérir par d'autres moyens. On lui prescrivit de l'émulsion, la décoction de tan, une saignée, des pilules de poudre de digitale et d'acétate de plomb.

La tumeur se rompit le lendemain de son entrée à neuf heures du soir : le sang jaillit jusqu'au ciel du lit du malade et même sur celui du voisin. Un des élèves du service, appelé au moment même, comprima la tumeur avec la main pour arrêter autant que possible l'issue du sang ; mais la mort s'en suivit au bout de dix minutes.

A l'autopsie, on constata qu'il n'existait point d'autre ouverture extérieure qu'au niveau de l'escarre qui s'était formée, aux dépens de la peau, par suite de la compression exercée par la tumeur artérielle : celle-ci, provenant d'une dilatation du tronc brachio-céphalique, contenait un caillot qui offrait plusieurs couches dont les plus résistantes étaient les plus anciennes et les plus excentriques ; outre l'espace qu'elle occupait à l'extérieur au-dessus de la clavicule, elle s'étendait encore derrière le sternum, la clavicule et la première côte qui conservaient l'impression de ses battemens ; l'artère carotide primitive était placée derrière la tumeur et intacte ; la sous-clavière était au-dessous et ne paraissait pas avoir été comprimée. Il y avait douze lignes d'étendue de l'escarre cutanée à l'endroit où la poche s'était ouverte.

La rupture externe ou des tégumens avait eu lieu au niveau même de l'escarre ; cette rupture était bien le résultat des progrès de la maladie, car, bien que cet infortuné eut plusieurs fois manifesté l'intention d'ouvrir lui-même la tumeur en y plongeant un couteau, l'élève qui fut appelé au moment de la catastrophe, ne vit point d'instrument tranchant auprès du malade.

On conçoit que lorsque l'ouverture de la poche artérielle est petite, le sang peut ne s'échapper que lentement, parce qu'il est obligé de passer entre les couches fibrineuses et les parties molles extérieures, qui offrent des couches superposées et placées obliquement : mais la mort est toujours rapide lorsque la rupture se fait largement, bien que, comme dans ce cas-ci, il y ait une assez grande distance de l'ouver-

---

(1) On lit, dans le 48e Bulletin de la société anatomique, une observation communiquée par M. Reignier, dans laquelle il y eut aussi mort subite par la rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte dans le médiastin antérieur et dans la plèvre droite.

(2) M. Reignier, interne à l'hôpital Beaujon, en a consigné un cas dans le 48e Bulletin de la Société anatomique, rédigé par M. Forget, et M. Corbin un autre dans le mémoire cité.

ture artérielle à la peau ; l'état de la peau elle-même peut du reste influer sur la promptitude de l'accident.

N° DU 9.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de MM. GUERSENT et BAUDELOCQUE.

Observations de phthisie pulmonaire chez les enfans. (SUITE.) (1).

DEUXIÈME OBSERVATION. *Quatorze ans; phthisie pulmonaire analogue à celle des adultes par sa marche et par les altérations qui étaient presque entièrement bornées au parenchyme pulmonaire; pas un seul tubercule dans les ganglions cervicaux, bronchiques et mésenteriques.*

Mélanie Bouvart, âgée de treize ans, d'un tempérament lymphatique, non menstruée, entra à l'hôpital le 25 mai, accusant un mois de maladie.

Issue de parens sains, cette jeune fille a eu dans sa première enfance quelques engorgemens glanduleux au cou, et diverses exsudations du cuir chevelu. Elle est vaccinée; elle n'a eu ni rougeole, ni coqueluche, sauf quelques légers rhumes qu'elle contractait tous les hivers, et qui n'offraient rien d'inquiétant, elle jouissait habituellement d'une bonne santé.

Un mois avant d'entrer à l'hôpital, la toux est devenue fréquente ; il est survenu en même temps de la dyspnée, de la fièvre, qui s'exaspérait surtout le soir, et s'accompagnait la nuit de sueurs qui affectaient principalement la tête et la poitrine. Depuis cette époque, diarrhée continue, affaiblissement et enrouement de la voix, dépérissement progressif. Quoique notablement affaiblie, elle n'a jamais gardé le lit pendant trois jours de suite ; elle a continué à prendre des alimens ; elle n'a jamais eu d'hémoptysie ; son intelligence est toujours restée intacte ; elle n'a jamais eu la plus légère douleur de tête.

On s'est borné à l'usage de boissons pectorales et à l'application d'un vésicatoire au bras.

Le 24 mai, elle nous a offert l'état suivant : amaigrissement général, face pâle, rougeur circonscrite des pommettes, dyspnée, toux fréquente, expectoration abondante de crachats purulens, dont quelques-uns présentent des stries sanguines, douleur dans le trajet du sternum et entre les deux épaules; son mat, gargouillement et pectoriloquie sous la clavicule et l'omoplate du côté droit. Au niveau du lobe inférieur du même côté, la respiration s'entend; elle paraît exagérée; le son y est assez clair; pas de souffle tubaire ni de bronchophonie; à gauche au niveau de la fosse sus-épineuse, souffle caverneux et pectoriloquie. L'auscultation et la percussion de la région précordiale n'offrent rien d'anormal. La peau est sèche et terreuse, le pouls bat 100 fois par minute ; un frisson a eu lieu dans la soirée, ainsi que les jours précédens. Langue rouge sur les bords, sans enduit au centre ; soif médiocre, appétit non entièrement perdu, ventre tuméfié, offrant une fluctuation obscure, non douloureux à la pression ; diarrhée abondante, sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. L'intelligence est nette ; la malade se lève dans la journée ; elle est très-accablée le soir. Mauve édulcorée ; demi-lavement avec le diascordium ; lait ; crême de riz.

Les jours suivans l'état de la malade offre peu de changement; même diarrhée, même toux, même expectoration ; elle se lève dans la journée, mange gloutonnement les jours d'entrée.

Dans les derniers jours de juin la voix s'éteint complétement, la dyspnée devient de plus en plus grande ; la malade succombe le 27, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Marasme ; résolution des membres ; quelques sugillations de la partie postérieure du tronc.

Poitrine. Adhérence générale du poumon droit aux feuillets pariétal et diaphragmatique de la plèvre; caverne au sommet du lobe supérieur pouvant loger une pomme d'api, et communiquant avec d'autres plus petites. Autour de l'excavation, le tissu est grisâtre et de consistance lardacée. Dans les deux autres lobes existent de nombreux tubercules miliaires.

Le poumon gauche adhère à la plèvre costale par son sommet seulement. Dans le lobe supérieur existe une vaste caverne qui n'est pas tapissée par une fausse membrane, et dont les parois sont formées par du tissu pulmonaire œdématié dans quelques points, et induré dans d'autres.

Le larynx et la trachée-artère ne présentent pas d'altération. La muqueuse bronchique est rouge dans les tuyaux qui communiquent avec les excavations tuberculeuses. Les ganglions qui entourent les bronches sont volumineux, mollasses, d'un gris ponctué de noir, mais ne contiennent pas de tubercules.

Le cœur et son enveloppe ne présentent rien de remarquable.

Abdomen. Quelques adhérences anciennes de la paroi antérieure de l'abdomen à la face convexe du foie. Un demi-litre environ de sérosité dans la cavité du péritoine. Pas de tubercules des ganglions mésentériques, dont le volume et la consistance sont ceux de l'état normal. La muqueuse gastrique est pâle, et offre un peu de mamelonnement autour du pylore ; sa consistance est normale. Le duodénum et la moitié supérieure de l'intestin grêle n'offrent rien de remarquable ; dans la moitié inférieure rougeur vive d'espace en espace, avec ramollissement de la muqueuse. Dans les trois derniers pieds de l'iléon, existent plusieurs ulcérations arrondies, à bords rouges, saillans. Les follicules isolées se présentent sous la forme de points noirs; les follicules agminés sont assez saillans, grisâtres, mais ne présentent pas d'ulcération ; la valvule iléo-cœcale en est criblée, au fond de quelques-uns on trouve de la matière tuberculeuse sous forme de petits fragmens jaunâtres. Le gros intestin n'offre pas d'altération appréciable, pas de rougeur vive, pas de ramollissement ni d'ulcérations. Le foie est volumineux,

(1) Voir le n° du 30 août, page 117, tome 25 de l'Encycl.

d'un rouge violacé, ne contient pas de tubercules. Pas d'altération de la rate et des reins.

Tête. Infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; une cuillerée de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral; deux cuillerées à la base du crâne. Quelques granulations disséminées dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien, contrastant par leur forme arrondie et leur couleur d'un blanc jaunâtre, avec les glandes de Pacchioni, situées à l'extérieur de l'arachnoïde. Du reste, pas de ramollissement ni de tubercules dans la substance encéphalique.

Cette observation présente un exemple de phthisie pulmonaire telle qu'on l'observe chez l'adulte. Les plus graves désordres étaient bornés aux poumons, dans lesquels existaient deux vastes excavations qui avaient succédé à la fonte des tubercules.

Chez les enfans moins avancés en âge, il est rare de ne trouver des tubercules que dans le parenchyme pulmonaire. Ordinairement il en existe en même temps, et souvent en plus grand nombre, dans les ganglions bronchiques, mésentériques. Lorsque les ganglions ayant subi la dégénérescence tuberculeuse se présentent sous la forme de tumeurs marronnées, que le palper fait reconnaître pendant la vie, on désigne alors l'affection tuberculeuse sous le nom de *carreau*. Dans ce cas, il importe d'explorer la poitrine, l'auscultation et la percussion du thorax ne tardent pas à révéler l'existence de désordres plus ou moins graves dans les poumons. L'observation suivante en fournira un exemple.

N° DU 11.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de MM. GUERSENT et BAUDELOCQUE.

Observations de phthisie pulmonaire chez les enfans. (SUITE.)

TROISIÈME OBSERVATION. *Vingt mois; rougeole antécédente; toux, accès de fièvre irrégulière; dépérissement progressif; pleuro-pneumonie intercurrente; mort; tubercules bronchiques, pulmonaires et mésentériques.*

Pacot, âgé de 20 mois, rue Saint-Maur, est apporté à l'hôpital le 15 mars, dans l'état suivant :

Marasme, peau sèche terreuse, flasque et ridée; facies d'un nain parvenu à l'âge de caducité, joues creuses, pommettes saillantes, yeux enfoncés dans les orbites; membres grêles sans déviation des os; ventre bouffi, à l'intérieur duquel on cherche vainement à constater la présence de tumeurs marronnées. Thorax bien conformé, toux fréquente, dyspnée, respiration abdominale. La percussion du côté droit de la poitrine donne un son clair; l'auscultation y fait entendre du râle muqueux à grosses bulles. A gauche, matité complète de la moitié inférieure, absence du bruit respiratoire; râle muqueux sous les deux clavicules. Un vésicatoire dont la plaie suppure abondamment occupe la partie antérieure et latérale de la moitié inférieure gauche. A la partie postérieure existe une ulcération profonde qui paraît avoir succédé à une piqûre de sangsue récemment appliquée.

Cet enfant n'a que six dents dont quatre occupent la mâchoire inférieure; la langue est pâle et humide, la soif très-vive, l'appétit vorace. Trois selles liquides verdâtres ont été rendues pendant la nuit. Le ventre paraît endolori. Riz gommé, lait et bouillons.

Commémoratif. Ce garçon, né à Paris, a été nourri par sa mère qui a récemment succombé à une affection chronique de la poitrine. Sevré à onze mois, il a joui d'une très-belle santé jusqu'à quinze. Mais à cette époque il a contracté la rougeole, qui a parcouru régulièrement sa marche et a été suivie d'une double otorrhée qui persiste encore.

Pendant les quatre mois qui ont suivi la rougeole, toux, accès de fièvre irréguliers, revenant surtout la nuit, alternatives de diarrhée et de constipation, appétit vorace, dépérissement progressif. Il y a trois semaines, exaspération de la toux, fièvre et dyspnée. Application de trois sangsues sur le côté gauche de la poitrine, et huit jours après d'un vésicatoire. L'amaigrissement a fait de rapides progrès depuis cette époque.

Les jours suivans, l'état de ce malade offre peu de changement. La toux, la dyspnée et la diarrhée persistent. On lui donne chaque jour une petite quantité de lait et de bouillon; on lui fait prendre la décoction blanche, on lui administre des quarts de lavement avec la décoction de graines de lin et de têtes de pavot. Le tout sans aucune amélioration.

Le 23, maigreur squelettique, intelligence intacte, il reconnaît son père, et témoigne de l'inquiétude en le voyant partir. Il mange avec voracité les gâteaux qu'on lui apporte. L'auscultation et la percussion de la poitrine fournissent les mêmes résultats que les jours précédens. Le râle muqueux semble se rapprocher du gargouillement sous les deux omoplates. La toux est très-grasse, l'expectoration nulle. La diarrhée persiste, le ventre est ballonné.

Le 26, râle trachéal, orthopnée; mouvemens convulsifs des muscles de la face. Mort à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre, 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. Marasme, rigidité cadavérique nulle, lividité de la partie postérieure du tronc; plaie du vésicatoire d'un rouge vif; ulcération de la partie postérieure du côté droit de la poitrine. Abcès à la partie moyenne et interne de la jambe gauche.

Cou et poitrine. Ganglions cervicaux sains. Mucosités purulentes sortant par la bouche, et remplissant une partie du larynx, de la trachée-artère et des bronches. Muqueuse qui tapisse les conduits pâle, non ulcérée. Deux masses de ganglions bronchiques tuberculeux, du volume d'un œuf de poule, sont situées autour de la bifurcation des bronches. Adhérence des poumons droit et gauche à la plèvre costale. A droite ces adhérences sont constituées par des fausses membranes molles, faciles à déchirer, qui tapissent à la fois les plèvres costale et pulmonaire. A gauche les adhérences sont intimes dans les trois cinquièmes supérieurs, et très-difficiles à détruire. La partie inférieure de la cavité

pleurale de ce côté contient environ quatre onces de liquide purulent très-épais. Il recouvre toute la plèvre diaphragmatique, et s'élève à la hauteur d'un pouce environ. Le lobe inférieur et une partie du lobe supérieur du poumon gauche sont atrophiés, leur tissu a la couleur et la consistance de la chair musculaire. Il est imperméable à l'air. Coupé par morceau, il se précipite au fond de l'eau. Le sommet et le bord du lobe supérieur sont perméables à l'air, mais complètement exsangues. Le quart postérieur du poumon droit offre les mêmes altérations que la partie inférieure du poumon gauche. Même aspect, même consistance de son tissu, même imperméabilité. Au centre du lobe inférieur droit existe une masse tuberculeuse du volume d'une petite noix, qui commence à se ramollir au centre. Quelques granulations grises demi-transparentes sont disséminées dans les autres lobes des deux poumons.

Le péricarde contient une cuillerée environ de sérosité limpide. Le cœur est d'un volume normal. Le trou de botal et le canal artériel sont oblitérés.

Abdomen. Pas de sérosité dans le péritoine. Foie volumineux de couleur jaune paille, tissu ferme, ne graissant pas le scalpel. Bile d'un jaune pâle très-fluide. Les reins et la rate ne présentent rien d'anormal. Les viscères ne contiennent pas un seul tubercule. Les ganglions mésentériques sont tuberculeux. Quelques-uns sont agglomérés et forment une tumeur du volume d'un gros marron. La muqueuse gastrique est d'un blanc laiteux, et ramollie dans toute son étendue. La muqueuse de l'intestin grêle est également pâle, elle est amincie et d'une très-faible consistance. Les parois intestinales avec toutes leurs tuniques sont transparentes. Les follicules isolés et agminés ne sont pas apparens. Pas d'ascarides lombricoïdes.

La muqueuse du gros intestin est rosée ; elle est criblée de petites ulcérations punctiformes. Le tissu cellulaire sous-jacent est épaissi. Une petite quantité de matières verdâtres est contenue dans cette partie du canal intestinal.

Tête. Crâne bien conformé. Dure-mère saine. Quatre onces de sérosité limpide dans la grande cavité de l'arachnoïde et les ventricules latéraux qui sont très-dilatés. La pie mère se détache partout de la surface des hémisphères. Elle ne contient aucune granulation. La substance cérébrale est généralement mollasse et humide. Du reste pas de piqueté, pas de ramollissement partiel. Le cervelet et la moelle allongée sont à l'état sain.

— Voilà l'observation d'un malade qui, il y a vingt ans, eût été considéré comme atteint du carreau, toute la médication eût été alors dirigée contre l'affection abdominale. L'examen de la poitrine nous fit découvrir de graves lésions dans les poumons, qu'il nous a été à peine permis de soupçonner sans le secours de l'auscultation et de la percussion. La pleuro-pneumonie intercurrente dont nous avons trouvé les traces sur le cadavre a entraîné le malade au tombeau. Il en est souvent ainsi chez les très-jeunes sujets. Rarement l'affection tuberculeuse fait d'aussi graves ravages que chez les adultes ou chez les enfans qui approchent de cette période de la vie. Les cavernes du poumon se rencontrent moins fréquemment chez eux, parce qu'ils succombent presque toujours aux phlegmasies intercurrentes de la plèvre et du parenchyme pulmonaire, qui se développent si fréquemment pendant le cours des affections tuberculeuses. Ces trois observations auxquelles nous pourrions en joindre une foule d'autres, prouvent que la phthisie pulmonaire n'épargne aucun âge, aucun sexe. Ces trois observations nous l'ont montrée chez un enfant de huit ans, un autre de 13 ans, enfin chez un sujet à peine âgé de 20 mois.

N° DU 13.

Sympathie morbide entre deux frères Jumeaux ; par M. CAZENTRE, de Bordeaux.

Les deux frères G*** naquirent à Bordeaux le 30 juin 1829. Leur mère avait déjà eu trois enfans. Cette quatrième grossesse se passa sans accidens ; enfin elle se termina par donner le jour aux deux jumeaux, Adolphe et Théophile. L'accouchement fut naturel. La matrice ne renfermait qu'un seul placenta, auquel venaient se rendre les deux cordons isolés. Immédiatement après leur naissance, ils furent confiés aux soins de deux nourrices, habitant sous le même toit, à une certaine distance de la ville.

Pendant toute la durée de l'allaitement, ils ne furent point atteints de maladies graves ; ils n'éprouvèrent que de légères indispositions. Néanmoins, leurs nourrices eurent lieu de remarquer que, dès que l'un était souffrant, l'autre le devenait aussitôt et de la même manière. Ainsi, elles rapportent que les dérangemens occasionés par la dentition, des coliques, les vers intestinaux, se reproduisirent chez tous deux toujours au même degré et presque au même moment. Après quinze mois de séjour à la campagne, Adolphe et Théophile furent ramenés vers leurs parens. C'est depuis cette époque que M. le docteur Nouvel leur a donné ses soins, et a pu, par une observation soutenue, constater la justesse des remarques déjà faites. Voici la série des maladies qu'il a observées jusqu'aujourd'hui, en 1831 : Fièvre intermittente quotidienne, commencée et finie le même jour ; conjonctivite aiguë ; colique assez violente qui a duré vingt-quatre heures chez tous les deux ; sortie simultanée de deux dents molaires.

En 1832, ils ont diverses éruptions exactement de même nature. Pendant l'hiver de cette année, ils éprouvent une bronchite.

En 1833, ils sont atteints de rougeole ; plus tard, de scarlatine. Ici toutes les phases sont entièrement semblables ; le début et la fin sont instantanés.

L'année 1834 débute par la coqueluche ; puis, fièvre intermittente, tierce ; otite très-aiguë qui les fait cruellement souffrir ; enfin, dans ces derniers jours, Théophile ressentit une démangeaison assez vive à la partie postérieure du cou ; elle était causée par une éruption nombreuse de petits boutons vésiculeux ; la nuit approchait alors.

Dès le lendemain au matin, Adolphe est affecté d'un même prurit et de la même éruption. C'est alors que je pus voir ces enfans, m'assurer par mon propre examen de ce dernier fait, et vérifier auprès d'eux ce qu'il était important de savoir sur leurs habitudes, et confirmer par les réponses de leurs parens tout ce qui m'en avait été dit.

Théophile est venu au monde plus faible ; il est aussi d'une complexion plus grêle ; il est gai, vif, soumis, caressant. Adolphe est plus robuste, boudeur, entêté ; il est si indocile, qu'on est sans cesse obligé de lui infliger des châtimens. Ils sont de la même taille ; ils jouent quelquefois ensemble ; mais presque toujours des querelles terminent leurs jeux : leurs caractères sont entièrement opposés.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. BOUILLAUD.

De la nature et du traitement des rhumatismes ; par M. A. RACIBORSKI.

La question des rhumatismes nous paraît tellement importante, que nous saisissons avec empressement le moment où l'on s'occupe plus particulièrement de cette affection, pour faire connaître le résultat de nos observations.

Grâce aux progrès de la civilisation et à l'impartialité de la presse, nous pouvons dès aujourd'hui manifester, par la voie de ce journal, une opinion différente de celle qui vient d'être publiée dernièrement. Le praticien expérimenté saura où trouver la vérité, et j'ose espérer que le jugement qu'il portera sur cette polémique sera tout à notre avantage.

Au lieu de commencer par décrire les symptômes, la marche et le traitement d'une maladie que nous n'avons pas fait connaître, nous préférons, en suivant une marche inverse à celles des autres, rechercher d'abord qu'elle est la nature du rhumatisme.

C'est par l'analyse que nous allons procéder, c'est par elle que Laënnec et MM. Bouillaud, Rostan, etc., ont trouvé dans un idéal obscur, comme l'asthme des anciens, des affections occupant des systèmes tout différens, tels que l'emphysème, lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. C'est encore par l'analyse qu'un terme vague d'hydropisie après les travaux de MM. Andral, Dupuy, Bouillaud, constitue aujourd'hui plusieurs états morbides d'une nature différente ; suivant la même marche, nous prétendons pouvoir démontrer que ce qu'on nomme aujourd'hui rhumatisme n'est pas une seule affection, mais bien plusieurs affections occupant les systèmes différens de l'organisme.

Ce qu'il y a de plus clair dans la classe des rhumatismes, c'est le rhumatisme articulaire aigu. Aujourd'hui que les recherches anatomico-pathologiques sont si perfectionnées, doit-il être permis à des médecins d'ailleurs instruits de chercher le siége des maladies ailleurs qu'à l'endroit où elles se manifestent par leurs effets ; doit-il être permis de destiner pour le siége des rhumatismes les membranes fibreuses, quoiqu'on n'ait jamais rien trouvé de remarquable dans ces organes, tandis que les membranes synoviales nous présentent de temps à autre des lésions anatomiques suffisantes pour nous expliquer les phénomènes de cette maladie.

Mais en accusant ces médecins d'erreur, nous sommes loin de les accuser d'inconséquence ; en effet, après avoir pris le point de départ le plus obscur, savoir le rhumatisme nommé musculaire, et qu'ils ont placé dans le système fibreux des muscles, ils étaient conduits tout naturellement pour faire un groupe particulier de maladies, à destiner le même système au rhumatisme articulaire ; mais nous sommes forcés d'avouer que leur groupe est tout-à-fait imaginaire, et les synoviales nous paraissent présenter des lésions assez évidentes pour que nous les regardions comme le siége de cette affection.

Quelle en est maintenant la nature ? Tous les symptômes qu'elle présente, savoir, rougeur, chaleur, gonflement et douleur, ne nous laisseraient déjà aucun doute sur sa nature inflammatoire, si des lésions anatomiques plus profondes ne venaient confirmer davantage notre opinion.

La science possède aujourd'hui plusieurs faits avérés, où à la suite de rhumatismes on a trouvé du pus dans les articulations. Nous même avons publié un cas où à la suite d'un rhumatisme aigu très-prolongé, on a rencontré à l'autopsie, chez une femme morte à la suite d'une couche, du pus, des fausses membranes et des ulcérations de cartilages.

Nous n'ignorons pas qu'on va nous reprocher que la présence du pus était due dans ce cas à la phlébite qui accompagne si souvent les métrites chez les femmes nouvellement accouchées ; mais nous déclarons qu'il nous est impossible d'adopter cette manière de voir, sachant que l'autopsie avait été faite par M. Piorry, dont l'exactitude est connue, et qui a constaté par lui-même l'absence absolue du pus dans les vaisseaux. D'ailleurs, de quoi dépendaient donc dans ce cas les ulcérations de cartilages et de fausses membranes ? Etait-ce aussi la suite d'une phlébite ?

Mais supposons pour un instant l'opinion contraire, supposons que le rhumatisme articulaire ait son siége dans les membranes fibreuses, et qu'il ne soit pas une inflammation ; comment se fait-il qu'il se complique des inflammations des autres organes du système séreux ? Comment expliquerez-vous cette fréquence de lésions organiques du cœur qui succède aux rhumatismes mal traités ?

La mobilité du rhumatisme, quoique réelle, mais cependant moins fréquente qu'on ne le croit ordinairement (parce que très-souvent c'est la douleur seule qui se déplace), n'est pas un motif pour refuser au rhumatisme articulaire le droit d'appartenir à la classe des inflammations. En effet, tout le monde sait que l'érysipèle est susceptible de métastase, et pourtant personne ne lui refuse la nature inflammatoire.

Le manque d'exemples de terminaison par gangrène ne prouve rien contre la nature inflammatoire du rhumatisme, la rareté de cette terminaison étant commune à toutes les inflammations des membranes séreuses.

L'inflammation des synoviales est donc le principal élément du rhumatisme articulaire, mais celle-ci en se propageant en produit un autre d'une grande importance : la douleur, qui dépend de l'irritation des nerfs entourant les articulations malades. Cette irritation, qui se borne le plus souvent aux filets nerveux, s'étend quelquefois jusqu'au tronc principal.

Nous avons observé dernièrement un malade atteint de rhumatisme articulaire, et chez lequel la douleur s'est propagée du genou à une grande partie des nerfs sciatique et poplité.

Une autre fois le rhumatisme ne présente plus les mêmes symptômes. Dans ce cas, le travail morbide est lent et moins prononcé ; le malade n'éprouve qu'une légère douleur qu'il compare à celle de la fatigue : il y manque de la rougeur, de la chaleur et quelquefois du gonflement ; cependant les synoviales sont attaquées, mais leur inflammation suit la marche chronique sans que les nerfs soient considérablement irrités.

Dans d'autres cas, les filets nerveux entourant les articulations sont seuls irrités, ce qui constitue, selon nous, de véritables névralgies de filets nerveux se prolongeant jusqu'à leur tronc. Dans cette affection, connue vulgairement sous le nom de *douleurs*, les synoviales sont tout-à-fait exemptes de lésions ; la maladie suit la marche odrinaire des névralgies, et nous l'avons vue céder le plus souvent, comme ces affections, à l'emploi des opiacés par la méthode endermique.

Ce qui se fait ici primitivement avec les nerfs, au niveau des articulations, peut arriver partout où se trouvent des filets nerveux. Le derme des militaires étant exposé longtemps à l'intempérie des camps, ses nerfs ainsi que ceux qui parcourent les muscles superficiels, se lassent, si je peux m'exprimer ainsi, de cette variation continue de sensations, et, s'ils ne s'affectent pas immédiatement, au moins ils acquièrent une grande susceptibilité ; celle-ci augmentant par l'affaiblissement de l'âge avancé, est cause que le plus léger changement de l'atmosphère devient pour eux une véritable douleur.

Cette espèce de névralgie est commune à toutes les autres classes de la société exposées à l'intempérie des saisons. La mobilité et la résistance aux moyens thérapeutiques sont les caractères de cet état morbide qu'ils partagent avec les névralgies. Pendant chaque mouvement d'un membre, la peau qui le recouvre étant tiraillée occasionne la douleur, et comme ce sont les muscles qui exécutent les mouvemens on n'a pas tardé à placer cette affection dans les fibres musculaires, et on l'a surnommée rhumatisme musculaire.

D'après ce qui vient d'être dit, nous ne devons pas être étonnés d'entendre avancer « que dans le rhumatisme musculaire vous n'avez jamais de rougeur ni de chaleur, et qu'après avoir disséqué le muscle qui a tant souffert, vous ne trouvez absolument rien. En effet, le manque de chaleur et de rougeur est le caractère propre à la plupart des névralgies, et il est plus surprenant pour nous de voir ces auteurs placer le rhumatisme là où il n'y avait aucune lésion, que de ne trouver aucune lésion là où il n'y avait aucune affection.

Il est à regretter que l'étude des affections des nerfs ne soit pas assez avancée pour pouvoir démontrer les lésions anatomiques dans les filets nerveux ; cependant, nous croyons que si au lieu de se perdre entre les fibres musculaires qui ne nous présentent absolument rien à la suite d'un rhumatisme, on avait suivi une marche plus scientifique, et que, si au lieu d'affirmer on avait cherché à s'instruire, peut-être la science y aurait-elle gagné, et peut-être aurait-on trouvé quelques lésions dans les nerfs.

L'absence de ces lésions ne prouverait rien contre notre opinion, car combien n'existe-t-il pas de névralgies qui ne laissent aucune trace dans les cadavres, et ces lésions peuvent-elles être toujours aperceevables lorsque les objets qui en sont le siége sont déjà microscopiques. Donc dans les cas les plus défavorables nous aurons au moins pour nous la logique, parce que si les symptômes de deux maladies dont la nature n'est pas bien connue se ressemblent, il est très-probable qu'elles sont d'une nature analogue.

Après avoir assigné pour siége du rhumatisme les fibres musculaires, on a été forcé d'admettre cette affection dans tous les organes où ce système entre dans leur composition; c'est ainsi qu'on a créé les rhumatismes de l'estomac et des intestins. On nous cite, pour appuyer cette manière de voir, un malade qui présenta après une disparition de rhumatisme articulaire, des symptômes dyssentériques, douleurs abdominales, épreintes, tenesmes, selles sanguinolentes, etc. Quoi, a-t-on jamais vu les fibres musculaires produire la dyssenterie et les selles sanguinolentes ? Pour nous, l'affection citée n'est qu'une inflammation de la membrane muqueuse du gros intestin probablement transportée métastatiquement des articulations de la même manière qu'elle se transporte au péricarde, à la plèvre, etc.

Avant d'avoir trouvé des moyens certains pour reconnaître les maladies du centre circulatoire et des organes respiratoires, combien de fois n'a-t-on pas pris pour le rhumatisme du cœur ou des parois thoraciques, ce qui aujourd'hui, même pour nos adversaires, n'est plus que la véritable inflammation, tantôt de la plèvre, tantôt du péricarde, tantôt de la membrane interne du cœur. Si nous pouvions avoir une espèce d'auscultation pour les organes digestifs, comme nous l'avons pour les organes pulmonaires, nous croyons qu'il serait facile de démontrer que ces prétendus rhumatismes des intestins ne sont que de véritables inflammations.

Les anciens ont parlé, il est vrai, du rhumatisme de l'estomac et des intestins ; mais combien ne faut-il pas de zèle et de persévérance pour découvrir la vérité à travers tant d'erreurs. Si nous sommes loin d'accuser ici leurs nombreux travaux d'inutilités, nous sommes aussi les premiers à blâmer les contemporains de n'avoir pas assez fouillé dans des mines aussi riches.

Les anciens observateurs scrupuleux avaient peu de moyens pour diagnostiquer les maladies ; aussi leur diagnostic était-il incertain et leur nomenclature vague. Il résulte de là que souvent ils décrivaient des maladies différentes sous le même nom.

Que deviendrait notre pratique si nous voulions faire vomir tous les malades atteints de péripneumonie compliquée de phénomènes bilieux ; cependant cette méthode réussissait à Stoll ; mais ce que le médecin de Vienne appelait péripneumonie bilieuse, n'était, d'après la juste observation de Pinel, que l'embarras gastrique compliqué quelquefois de bronchite.

Stoll cite aussi des cas de rhumatismes intestinaux ; mais il n'est dans ce cas d'aucune autorité pour nous, car il décrivait sous le nom de rhumatismes des maladies tout-à-fait différentes, comme nous allons nous en convaincre dans le passage suivant : « Odontalgiam serosum, sive rhumaticam, sanabat satis cito vesicans ad angulum maxillae positum, hoc enim loco nervus sub intrans qui suos ramusculos ad radices dentium dimittit, sero rhumatico vellicatus lacessitus que,

cantharidibus adplicatis liberabatur. (*Ratio medendi.*) »

Stoll applique ici les vésicatoires sur le trajet d'un nerf pour guérir le rhumatisme. N'est-il pas évident qu'il prenait les névralgies pour les rhumatismes, et n'est-il pas facile à prévoir que pour être conséquent avec lui-même, il devait donner le même nom aux névralgies des intestins, que personne ne conteste aujourd'hui.

Une autre classe d'affections que l'on confond souvent avec le rhumatisme, est l'inflammation du tissu cellulaire intermusculaire. Cette inflammation peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle était nommée par quelques auteurs, *myosite;* chronique, sa marche est souvent très-longue, s'accompagne rarement de gonflement, si ce n'est à son début; la douleur est le seul symptôme par lequel elle se manifeste; et enfin au bout d'un temps plus ou moins long, on voit ce prétendu rhumatisme se terminer par suppuration.

La rupture de quelques fibres musculaires peut donner lieu à des douleurs qui persistent quelquefois assez long-temps pour être confondues avec le rhumatisme.

Les membranes fibreuses qui entourent les os s'enflamment fréquemment dans les affections syphilitiques, et donnent naissance à différens symptômes qu'on attribue au rhumatisme toutes les fois que les malades nient avoir eu la vérole. Cependant ce motif ne doit avoir aucune valeur pour un médecin qui cherche partout la vérité; et en effet, n'a-t-on pas vu de jeunes filles nier leur grossesse devant des médecins qui les avaient accouchées.

Enfin, la dernière affection que l'on comprend sous la dénomination de rhumatisme, est l'inflammation des bourses synoviales des tendons. Celles-ci étant de nature séreuse s'affectent le plus souvent simultanément avec les articulations voisines; mais cependant les exemples de leur inflammation isolée ne sont pas rares.

En dernière analyse, nous avons donc renvoyé à six classes de maladies les affections placées dans un seul groupe connu sous le nom de rhumatisme, savoir :

1° Inflammation de synoviales articulaires;
2° Inflammation de synoviales des bourses des tendons;
3° Névralgie des filets nerveux;
4° Inflammation du tissu cellulaire intermusculaire;
5° Rupture des fibres musculaires;
6° Inflammation spéciale des membranes fibreuses.

Chacune de ces affections occupe un rang particulier dans les nosographies, et il nous suffit d'y renvoyer pour connaître leur marche, leurs symptômes et leur traitement. Cependant le rhumatisme articulaire aigu étant le principal sujet de cette discussion, qui nous a donné l'occasion de parler des rhumatismes en général, nous allons lui consacrer encore quelques mots.

Les symptômes du rhumatisme articulaire aigu sont trop connus pour que j'en fasse mention ici. Sa durée étant tout-à-fait subordonnée au genre de traitement, je ne parlerai que de ce dernier.

Nous avons reçu 13 malades atteints de rhumatisme aigu dans le courant de cette année; mais de ces 13 nous n'avons conservé les observations que de 11 seulement; savoir, 6 hommes et 5 femmes. Voici le nombre de jours qu'il a fallu pour la guérison.

Hommes. Le malade couché au numéro 2 fut guéri d'un rhumatisme aigu, occupant une grande partie des articulations, au bout de dix jours de traitement, et le douzième jour de l'invasion. Le malade couché au numéro 10 fut guéri au bout de neuf jours de traitement, et le dix-septième de la maladie. Le numéro 12, après vingt-trois jours de traitement, n'éprouve aujourd'hui, vingt-cinquième jour de la maladie, qu'une légère douleur dans l'articulation. Le numéro 16 fut guéri après 7 jours de traitement et 11 jours de maladie. Le numéro 16 bis le 4e de traitement, et le 18e de la maladie.

Femmes. Le numéro 3 fut guéri après 11 jours de traitement et 15 de maladie. Le numéro 4, après 6 jours de traitement et 12 de maladie. Le 4 bis, après 12 jours de traitement et 24 de maladie. Le numéro 9, après 6 jours de traitement et 9 de maladie; mais au bout de 6 jours, ayant eu une rechute, elle ne fut guérie complètement qu'au bout de 5 jours. Le numéro 12 fut guéri le 17e jour de traitement et le 21e de la maladie.

Chez la plupart de ces malades le rhumatisme occupait le plus grand nombre des articulations. Les numéros 12 des femmes et 7 des hommes sont les seuls chez qui le rhumatisme s'est localisé dans une seule articulation. Tous ces cas ont été traités par la même méthode, savoir, par des émissions sanguines larges, proportionnées à la constitution des malades et à l'intensité du mal. On joignait ordinairement aux émissions sanguines les boissons rafraîchissantes à haute dose, les opiacés à l'intérieur et quelquefois dans le rhumatisme borné à une seule articulation, la compression et les frictions mercurielles que l'expérience a appris être souvent bons antiphlogistiques. Le plus ordinairement on faisait une saignée de quatre palettes à l'entrée du malade, et deux autres le lendemain, une le matin et l'autre le soir. Quelquefois même si le mal prédominait dans quelques articulations, on y appliquait dans l'intervalle des saignées, des ventouses scarifiées ou des sangsues.

Après des avantages si réels, obtenus depuis quelques années par M. Bouillaud, nous espérons voir les praticiens mettre bientôt cette méthode en usage. Cependant nous devons ajouter qu'en indiquant une méthode, nous sommes loin de pouvoir l'appliquer à tous les cas sans exception.

Tout le monde sait qu'il existe des rhumatismes très-légers qui guérissent sans aucun traitement. Dans ce cas, il serait inutile sans doute d'avoir recours à des émissions sanguines copieuses.

Ce journal étant destiné en grande partie aux praticiens, nous n'aurions pas fait cette remarque si une omission de ce genre faite dans l'article sur l'érysipèle, publié par nous dans le n° 100, n'avait donné lieu à une observation citée au n° 103 comme une contrepreuve de l'importance de la méthode que nous avions conseillée. Nous avons donc cru nécessaire de la faire ici; de cette manière nous pensons satisfaire tous les esprits.

—

N° DU 16.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. JOBERT.

Observation de fistule vésico-vaginale opérée par la méthode élytroplastique; recueillie par M. ROGER, interne.

Nous avons déjà publié, il y a quelque temps, une observation de fistule vésico-vaginale guérie à l'hôpital Saint-Louis par M. Jobert, au moyen d'une heureuse application de la méthode élytroplastique, qu'il a tentée le premier. M. Jobert vient de faire une nouvelle épreuve sur une autre malade, et nous nous empressons d'en publier le résultat.

La nommée Marie-Antoinette est entrée à l'hôpital le 1er septembre 1834, salle Saint-Augustin, n. 63, pour une fistule vésico-vaginale qui date du mois d'avril 1831, et qui reconnaît pour cause un accouchement laborieux et l'application du forceps.

Cette malade avait déjà passé, en 1831, un mois à la Pitié, dans les salles de M. Velpeau, et trois cautérisations successives avec le nitrate d'argent n'avaient pas réussi à guérir la fistule.

Un mois plus tard elle fut opérée par M. Roboham, qui employa le procédé de M. Lallemand, et échoua également.

On lit dans la Médecine opératoire de M. Velpeau, t. III, p. 651, une phrase qui semble se rapporter à cette femme :

« Une jeune fille qui a séjourné quelque temps dans mon service à la Pitié, et que M. Roboham a soumise aux mêmes tentatives (la suture) n'en a pas non plus retiré d'avantages marqués, d'après ce que m'en a dit M. Mondière, présent à l'opération. »

Depuis lors, la malade avait gardé sa fistule sans recourir aux ressources de la chirurgie. Il y a environ un an, elle a même fait un second enfant, et l'ouverture fistuleuse ne s'en est point agrandie. La fistule située à près de deux pouces de l'orifice de la vulve, laisse introduire le doigt indicateur entre ses deux bords. M. Jobert, encouragé par son premier succès, se décida le 6 septembre à tenter la guérison par le procédé qu'il a inventé. Voici les détails de l'opération telle qu'elle a été pratiquée.

La femme est placée, le siége sur le bord du lit, les cuisses écartées et maintenues par des aides, qui d'une main soutiennent les jambes et de l'autre tirent les grandes lèvres en dehors. L'opérateur est assis en face, sur une chaise. Il introduit le doigt pour reconnaître la position et la grandeur de la fistule, en saisit la lèvre postérieure avec une pince de Museux droite, l'amène au dehors, et fait tenir la pince par un aide. Alors avec une pince à disséquer, un bistouri et des ciseaux, il ébarbe le contour de la fistule en arrière et en avant.

Ensuite il traverse l'une après l'autre les deux lèvres par un fil terminé à ses deux extrémités par une aiguille courbe, et fait maintenir ce fil sans le serrer.

A gauche de l'ouverture de la vulve, il taille aux dépens de la grande lèvre un lambeau triangulaire, à base tournée en dehors, long d'un demi-pouce, large de trois lignes à la base, le détache du tissu cellulaire sous-jacent, en enlevant avec lui une assez grande quantité de ce tissu cellulaire pour avoir plus d'épaisseur (lie deux artérioles qui donnent) et ébarbe un peu la face cutanée de ce lambeau, pour que la surface saignante soit plus étendue.

Ce lambeau étant taillé, il introduit par l'urètre et fait ressortir par l'ouverture fistuleuse une sonde de femme par les yeux de laquelle passent deux fils. Ces fils étant ainsi arrivés dans la fistule par une de leurs extrémités, on retire la sonde, et leur autre extrémité est maintenue au dehors de l'urètre. Avec le bout qui correspond à la fistule, on enfile une aiguille droite ordinaire, et avec cette aiguille on traverse d'arrière en avant le lambeau qui ne tient plus à la grande lèvre que par un pédicule.

Lorsque le lambeau est ainsi traversé, il s'agit de le retourner, et de l'entraîner en haut vers l'orifice fistuleux. C'est à quoi l'on parvient en passant les extrémités des fils dans un stylet aiguillé qui est arrivé dans la fistule par l'urètre, et qui suit au retour la même voie, emportant de cette façon et les fils et le lambeau contenu dans leur anse.

La fistule se trouve alors obturée par le tampon charnu, lequel tampon charnu est encore maintenu en place par le premier fil passé au commencement dans les deux lèvres de la plaie, et qui serré maintenant, rapproche et maintient en rapport les trois surfaces saignantes. Ce fil noué et serré est coupé à deux pouces du nœud et laissé à l'entrée du vagin. Les autres fils qui sortent par l'urètre, sont maintenus un peu tendus au moyen d'une bandelette de diachylon qui les applique sur la partie supérieure de la cuisse.

On place une sonde de gomme élastique dans la vessie pour empêcher que l'urine n'aille s'infiltrer entre les surfaces saignantes et détruire leurs rapports, et à cet effet, la sonde doit rester constamment débouchée : un vase placé entre les cuisses reçoit l'urine à mesure qu'elle tombe.

La plaie résultant de l'ablation du lambeau est recouverte par de l'agaric enduit de cérat, et tenu en place par un bandage en T, dont le sous-cuisses présente un trou pour le passage de la sonde. Sur ce bandage est fixé un fil qui maintient la sonde en place.

Après ce pansement, la malade est mise au lit, sur le dos, les jambes écartées ; elle doit rester dans la plus grande immobilité.

Dans la journée du 7 aucun accident ne survint ; les urines reprirent leur voie normale, et coulèrent en abondance par la sonde ; mais la sonde se boucha pendant la nuit par des mucosités qui faisaient obstacle au cours du liquide.

Le lendemain matin 8, M. Jobert crut devoir retirer la sonde.

Le 9 aucun changement ; la malade croit être bien sûre que l'urine coule par l'urètre et ne tombe pas dans le vagin.

Aujourd'hui, 10 septembre, quatrième jour de l'opération, en exerçant de légères tractions sur le fil qui maintenait le tampon, ce fil tombe. Dans la crainte que l'urine

passant au-dessus de la plaie n'irrite le lambeau, on remet une sonde dans l'urètre, qui immédiatement facilite le passage du liquide. M. Jobert juge aussi à propos de couper le pédicule du lambeau, et il opère la section avec des ciseaux. La malade est repansée comme le premier jour.

Dans quelques jours nous donnerons la suite de cette observation, qui, nous l'espérons, sera couronnée de succès et assurera droit de domicile dans la science au procédé opératoire ingénieusement inventé par M. Jobert.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Rhinoplastie pratiquée par M. DIEFFENBACH.

Le 8 courant, le docteur Dieffenbach a donné un échantillon de son talent pour la chirurgie réparatrice à laquelle il a fait faire tant d'heureux progrès.

Les chirurgiens de la Pitié ont eu la courtoisie de lui livrer une femme dont la partie saillante et cartilagineuse du nez avait été détruite par une dartre rongeante (esthiomène), partie que l'habile chirurgien de Berlin s'est mis en devoir de restaurer aux dépens de la peau du front.

Nous n'entamerons pas la question d'opportunité de l'opération ; l'opérateur lui-même en a fait ressortir les chances défavorables qui résultent de la cause de destruction, cause dont il reste encore quelques traces sur les tégumens des environs ; nous nous en tiendrons à l'exposé sommaire du procédé opératoire. Après avoir tracé sur le front la forme à donner au lambeau, forme analogue, comme on le sait, à celle d'un as de pique dont la hampe regarde en haut, et dont la pointe est continue aux tégumens intersurciliers, le chirurgien, muni d'un bistouri, a rapidement découpé et disséqué ce lambeau qu'il a donné à tenir à l'aide qui maintenait la tête de la malade sur ses genoux ; puis avec la même dextérité, il a divisé les tégumens qui recouvraient la racine du nez pour loger entre eux le pédicule du lambeau, avivé les parties latérales de l'ouverture nasale et traversé de part en part la racine de la lèvre à son union avec l'épine nasale antérieure. Il s'est ensuite occupé de rapprocher, autant que possible, les bords de la perte de substance du front au moyen de nombreux points de suture entrecoupée pratiqués aux angles de la plaie, et qui s'est ainsi trouvée réduite à moins de moitié de ses dimensions ; un plumasseau maintenu par des bandelettes a complété le pansement du front. Cela fait, le pédicule du lambeau tordu sur lui-même a été engagé entre les lèvres de la peau du nez et plusieurs aiguilles ont été placées au-dessus pour l'empêcher de remonter. Alors l'appendice destiné à former la sous-cloison a été fixé dans l'ouverture pratiquée à la racine de la lèvre supérieure et maintenu par des aiguilles ; après quoi le lambeau formait un voile flottant au-devant de l'ouverture nasale. L'opérateur s'est mis en devoir d'en ajuster les bords latéraux à ceux de la circonférence de cette ouverture, au moyen de nombreux points de suture entortillée ; les extrémités saillantes des épingles dont se servait l'opérateur étaient excisées à mesure avec de forts ciseaux. Enfin quelques boulettes de charpie introduites sous le lambeau par les ouvertures destinées à représenter les narines, ont servi à le soulever et à donner au nez futur une forme convenable.

Quoique l'opération, dans son ensemble, ait duré peut-être une demi-heure et plus, les temps les plus douloureux, l'incision et la dissection du lambeau, l'avivement des bords de l'ouverture ont été pratiqués avec une rare promptitude. M. Dieffenbach excelle encore à placer avec dextérité ses nombreux points de suture. La malade a perdu peu de sang et a subi l'opération avec un extrême courage. Les détails pratiques sur lesquels l'opérateur a insisté sont :

1° De laisser à l'appendice de la sous-cloison une largeur telle qu'il ne puisse être détruit par la suppuration ou la gangrène ;

2° De laisser suinter le lambeau et les bords de la division assez de temps pour qu'ils ne fournissent plus de sang lorsqu'on en fait l'application ; cet intervalle est rempli par la restauration du front ;

3° De ne pas trop bourrer les narines pour faire saillir le lambeau, le rapprochement des bords de l'ouverture devant par la suite amener une saillie suffisante.

Quoi qu'il puisse résulter de cette opération, elle a été pratiquée d'une manière aristique et couronnée par les applaudissemens des spectateurs, parmi lesquels figuraient beaucoup de médecins, entre autres MM. Velpeau et Lisfranc.

(F.)

Kyste séreux contenant plusieurs petits graviers siégeant dans le cuir chevelu qui recouvre l'occipital; extirpation; guérison; par C.-L.-A. GREMAUD, D.-M.-P., à Poligny (Jura.)

Madame M....., bien constituée, tempérament sanguin lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, âgée de 50 ans, habitant la ville, portait depuis long-temps derrière la tête une tumeur arrondie du volume d'une noix ordinaire, indolore, molle, sans bosselure ; la peau avait une couleur plus foncée qu'ailleurs, et n'était pas recouverte de cheveux. Cette tumeur avait tous les caractères d'une loupe simple, et comme madame M.... n'en éprouvait qu'une gêne légère, elle y faisait peu d'attention ; lorsque cette année, au mois de janvier où l'époque critique arriva, elle prit en peu de temps un accroissement considérable, devint grosse comme une orange, dont elle avait entièrement la forme, sa base avait la largeur d'une pièce de 6 francs ; madame M..... y éprouvait beaucoup de démangeaisons, quelquefois même une douleur assez vive, et comme elle se coiffait difficilement, elle se décida pour l'extirpation qui fut jugée nécessaire par MM. les docteurs Monnier et Portier.

La peau commençait à s'amincir dans certains endroits, et l'on éprouvait au centre de la tumeur une fluctuation sensible. Elle fut cernée à sa base par une double incision semi-elliptique, dépassant de quelques lignes en haut et en bas les limites de la tumeur. La dissection fut facile, elle n'adhérait pas au péricrâne.

L'extirpation faite, nous ouvrîmes le kyste qui nous offrit, après qu'il se fut écoulé une eau jaunâtre demi-transparente, une grande quantité de petits graviers blancs, dont quelques-uns étaient aussi larges que des pièces de dix sols; desséchés ils ressemblaient à du plâtre. Quelques rameaux de l'artère occipitale, donnèrent du sang, ils furent liés et il n'y eut point d'hémorragie. Il n'y eut aucun accident consécutif. La guérison est parfaite; mais elle se fit attendre un peu, la suppuration s'étant prolongée jusqu'au quarante-cinquième jour.

Substances vénéneuses qu'on trouve dans le corps des poissons.

On lit dans un travail du professeur Autenrieth de Tubinge :

On trouve l'énumération des diverses espèces de poissons dont l'usage a produit des inconvéniens. Tous ces poissons y sont disposés suivant les familles auxquelles elles appartiennent, et l'on y voit qu'il y a des poissons dangereux dans tous les ordres naturels. Ceux-ci appartiennent aux espèces, murœna, gadus, coryphœna, coltus, ptorois, scorpœna, bodianus, sciœna, pleuronectes, sparus, labrus, gasterosteus, perca, scomber, silurus, salmo, esox, tetragonus, clupea, cisporinus, ostracion, tetrodon, balistes, cyclopterus, diodon, syngrathus, squalus. Leurs effets nuisibles doivent être attribués à la composition de leur tissu.

La chaire de poisson se rapproche beaucoup plus de la nature de l'albumine que de celle de la fibrine. Elle est chargée de principes hydrogénés et se putréfie promptement, en donnant lieu à un grand dégagement d'hydrogène phosphoré. Leur graisse, demi-fluide, se compose en grande partie d'oléine, qui rancit facilement. Une nourriture exclusivement composée de poisson communique à la sueur une odeur désagréable, comme l'a observé Huxan, et produit sur la peau des éruptions et même d'autres maladies. Le poisson n'est point absolument vénéneux, mais on ignore les circonstances dans lesquelles il peut le devenir.

Les poissons qui paraissent le plus y être disposés, sont : l'anguille, le barbeau, la carpe, le brochet, etc.

Une eau stagnante qui contient des substances végétales et animales en décomposition, est très-propre au développement de cette propriété vénéneuse; leur chaire devient molle, grasse, et prend un mauvais goût. Mais de toutes les influences, la plus constante est celle des fonctions génératrices. C'est en effet au moment où les poissons déposent leur laite, qu'ils deviennent vénéneux; ils sont alors souffrans; le corps du saumon est couvert de bulles, et sa chaire étant devenue mauvaise, son usage est suivi d'une éruption cutanée. Ce n'est donc pas étonnant que sous les tropiques on y observe de véritables empoisonnemens. Quelquefois les accidens se bornent à une indigestion avec vomissemens, faiblesse et pesanteur épigastrique, etc. Quelquefois il survient des symptômes cholériformes, chaleur interne, soif, douleur à l'épigastre, vomissemens, etc. A ces accidens succèdent des hémiplégies, des paralysies, la surdité, laquelle persiste assez long-temps.

Dans les pays chauds il y a d'autres espèces qui produisent la mort.

Le venin des poissons paraît analogue à celui qui se forme dans la matière cérébrale, dans les coquilles, le fromage, les saucisses, etc., et demande le même traitement.

(*Journ. des Sc. phys. et chim.*)

N° DU 18.

BULLETIN.

Prix de 300 fr., décerné par M. le docteur Lugol, à M. Renucci, élève en médecine, pour avoir, le premier, montré à l'hôpital Saint-Louis le ciron de la gale.

Paris, 16 septembre 1834.

Monsieur,

Vous vous rappelez qu'au mois de juillet 1829, j'eus une nouvelle controverse scientifique avec M. Alibert sur l'existence de l'acarus scabici, et qu'après l'avoir prié inutilement, pour la vingtième fois, de montrer cet insecte sur les malades galeux qui venaient de servir à sa leçon, je proposai un prix de 300 fr. à l'élève qui pourrait en démontrer l'existence.

Vous n'avez pas oublié que, sur cette promesse, les élèves de l'hôpital Saint-Louis cherchèrent le ciron de la gale avec beaucoup d'ardeur, mais sans jamais le rencontrer;

Qu'à la même occasion, des recherches microscopiques furent faites à l'Hôtel-Dieu, trois dimanches de suite, en présence de M. le professeur Dupuytren, dirigées par M. Raspail, et que les résultats en furent complètement négatifs.

Cette année, M. Alibert a fait annoncer dans votre n° du 16 août dernier, la découverte du ciron de la gale; et, à cette annonce, j'ai répondu en renouvelant l'offre d'un prix de 300 fr.

En conséquence, je me rendis, le 25 août dernier dans la salle des hommes galeux, où étaient présens MM. Alibert et Emery, médecins de l'hôpital Saint-Louis; MM. les docteurs Horteloup, Forget, Miquel, Le Gros, Sabattier, Nicot, Lembert, etc.

M. Raspail plaça sous la lentille du microscope un petit corps blanc que M. Emery venait d'extraire, sous nos yeux, de la peau d'un malade galeux, avec la pointe d'une épingle, et après avoir reconnu le ciron de Degéer, M. Raspail me fit place pour que je visse à mon tour, et je vis effectivement un insecte vivant, ressemblant à une tortue, mais très-différent du ciron de 1812, dont M. Alibert a fait faire une copie pour la 11e livraison de son Traité des maladies de la peau, format grand in-folio, publiée en 1825.

Aussitôt que j'eus été convaincu par mes sens, je déclarai que M. Renucci, élève de l'Hôtel-Dieu, avait gagné le prix, et que, très-cordialement, j'y joignais l'offre de mon amitié.

J'écrivis donc à cet élève le 1er du courant, qu'un jour de

la semaine je réunirais chez moi plusieurs de mes confrères qui, eux aussi, avaient été convaincus de leurs propres yeux de l'existence de l'acarus, pour lui remettre le prix en leur présence.

Le 11 du courant seulement il me répondit que c'était peut-être trop de solennité pour une si petite découverte, et qu'il préférait que je lui fisse remettre la somme à son domicile.

Je lui répondis que ce n'était pas avec solennité, mais cordialement, que j'espérais le recevoir chez moi, et que je l'engageais à dîner pour le 15.

Ce même jour, à quatre heures après midi, nouveau refus de M. Renucci, qui veut absolument fuir toute solennité; qui proteste d'ailleurs de son respect pour ma personne, tout en se croyant dispensé de la politesse la plus vulgaire à mon égard.

Je pense, Monsieur le Rédacteur, que je ne suis nullement en arrière de bons procédés à l'égard d'un élève auquel, à raison même de cette qualité, je ne devais donner que de bons exemples. Il ne me reste donc plus qu'à me mettre en règle vis-à-vis de moi-même. Pour cela, je vous prie de recevoir en dépôt la somme de 300 fr., que je vous envoie pour être remise sur son reçu à M. Renucci, dont la conduite étrange est probablement la suite de son inexpérience du monde, à moins qu'elle ne soit l'effet d'une certaine influence malheureuse au patronage trompeur de laquelle cet élève n'a pu échapper.

Agréez, etc.,

LUGOL.

Note du Rédacteur. M. le docteur Lugol nous a en effet remis hier les 300 francs, avec invitation de les délivrer à M. Renucci, comme récompense, pour avoir le premier montré le ciron de la gale à l'hôpital Saint-Louis. Nous tenons les 300 francs à la disposition de M. Renucci.

Explications sur les bruits de pot fêlé des poumons.

Monsieur,

Parmi les signes physiques, qui décèlent l'état pathologique du poumon, il en est un doué de quelque intérêt qui, peut-être, ne dérive pas autant de son utilité pratique que des dissidences d'opinion qui existent sur le mode de production. Je veux parler du bruit de pot fêlé.

En effet, deux explications en ont été données; la première l'attribue à la sortie brusque d'une portion de l'air contenue dans une excavation par les tuyaux bronchiques en communication avec elle. Selon la seconde, le bruit en question est l'effet de la collision soudaine et forcée d'un liquide avec l'air de l'excavation. En cherchant à me décider entre ces deux théories, j'ai cru que si le phénomène était dû à la première cause, il devrait cesser tout-à-fait quand on percutait ayant préalablement fait fermer à la fois la bouche et les narines du malade, puisque la sortie de l'air serait ainsi efficacement empêchée; tandis qu'au contraire dans le second cas l'intensité ne serait pas modifiée, puisque le liquide et l'air resteraient toujours à leur place. J'ai, par conséquent, fait cette épreuve sur quelques malades qui présentaient le phénomène d'une manière parfaite, et j'ai trouvé que pendant l'occlusion simultanée des narines et de la bouche, la percussion, même la plus forte et la mieux dirigée, ne produisait plus qu'un son plus ou moins mat sans la moindre résonnance du pot fêlé. Une autre observation que j'ai faite, et qui porte sur cette discussion, c'est que ce bruit peut être déterminé dans un endroit où existe en même temps une respiration caverneuse sans qu'on trouve, quelquefois, de trace de râle caverneux. Ces faits me paraissent fournir une preuve convaincante de la vérité de la première explication.

Si vous jugez cette note digne de figurer dans votre journal, en l'y plaçant vous m'obligerez beaucoup.

Agréez, etc.

W. WALSHE.

16 septembre 1834.

N° DU 20.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY et PIORRY.

Gastralgie; iralgie (migraine ophthalmique); *névralgies cubitale et sciatique; continuation des accidens malgré l'emploi de tous les moyens; gastro-entérite typhoïde intense; guérison de toutes les douleurs névralgiques*; par M. ÉDOUARD LE RIVEREND, chef de clinique de M. Piorry.

La femme Loison, âgée de vingt-huit ans, brodeuse, d'une constitution médiocre, habitant une chambre vaste, exposée au midi, a toujours été assez bien réglée. Elle a eu sept enfans. Sujette depuis plusieurs années à de fréquens maux d'estomac, consistant en des tiraillemens, du grattement, de la pesanteur à la région épigastrique, accompagnés de besoins factices de manger, la malade, momentanément soulagée par les alimens qu'elle prend, souffre bientôt avec la même violence. Cela se renouvelle toutes les deux heures. D'un autre côté elle ne vomit pas, n'a point d'ardeur brûlante à l'estomac. Le vin et les alimens variés ne l'irritent pas, et les effets de toutes les substances alimentaires sont à peu près les mêmes.

De plus, cette femme, qui se livre à un état fatiguant pour la vue, ressent des douleurs sus-orbitaires et dans les yeux. Elle a des éblouissemens, ne voit plus son ouvrage, éprouve la sensation de chandelles qui remueraient et seraient disposées en cercle vacillant. Cet accident revient très-souvent plusieurs fois par mois, et ses digestions s'en ressentent peu.

Il y a huit jours, douleurs dans l'épaule droite avec irradiation dans le nerf cubital jusqu'aux trois derniers doigts; douleurs sciatiques depuis la hanche jusqu'au genou; plus fortes pendant la nuit; elles empêchent la malade de dormir; elles sont constituées par des élancemens.

État actuel. Elle éprouve les accidens que je viens de

décrire. Pas de symptômes de maladies internes. Bonne coloration de la face. La malade a ses règles ; on diffère les évacuations sanguines. Catapl. ; repos.

Le 3 mai, les règles étant passées, on applique 25 sangsues sur l'épaule et 25 sur la cuisse. Catapl. ; repos.

Le 5, les douleurs de la cuisse seules sont calmées. 20 sangsues sur la même épaule, encore douloureuse.

Le 6, les douleurs sont calmées à l'épaule ; celles de la cuisse n'existent plus. Il en reste une trace sur le genou ; celles du bras ne descendent plus aux doigts. 15 sangsues sur l'épaule ; 12 sur le genou ; catapl.

Le 7, c'est la nuit surtout que les douleurs se font sentir d'une manière un peu vive ; le jour elles existent à peine. 30 grains de sulfate de quinine en trois doses 12, 10, 8.

Le lendemain matin il n'y a presque plus de douleurs ; la malade a un peu dormi.

Le 9, les morsures de sangsues sont enflammées au genou au point que la malade ne peut marcher qu'avec peine. 20 grains de sulfate de quinine.

Le 10, douleurs presque nulles. La main gauche, pour la première fois depuis l'entrée à l'hôpital, peut se porter vers la tête. Il y a eu encore hier soir de très-faibles douleurs. 30 grains de sulfate de quinine en trois doses. Les douleurs d'estomac ne sont pas exaspérées par ce médicament.

Le 11, douleurs moindres encore. Ventouses sèches sur l'épaule gauche.

Le 12, vive douleur de dent à gauche. La dent est cariée. Extraction de cette dent. Dissolution de gomme.

Le 15, la douleur de dent, qui avait disparu, revient sur un autre point, et plus vive que jamais. En même temps réapparaissent dans la cuisse et le bras gauche des douleurs névralgiques avec leur première intensité. 8 pilules avec deux grains d'extr. aq. d'opium ; 6 grains d'extrait de belladone à prendre en quatre fois, à une heure de distance.

Le 17, la malade prend quatre pilules seulement, mais peu de temps après avoir mangé. Digestion difficile. Depuis ce temps envies de vomir constantes. Cependant elle a un peu dormi la nuit dernière. Ce matin la douleur est plus forte. Les pupilles largement dilatées. La malade y voit mal. On suspend l'emploi des pilules.

Le 22, on reprend les médicamens suspendus, et une seconde fois les vomissemens et le trouble de la vue reparaissent. Les douleurs sont les mêmes.

Le 24, pupilles toujours dilatées. Douleurs persistantes. On extrait la deuxième dent cariée.

Les jours suivans état stationnaire.

Le 2 juin, on donne des pilules ferrugineuses et il y a trois selles liquides qu'on ne peut assigner à une autre cause. Quelques coliques.

Les jours suivans on revient aux pilules de sous-carbonate de fer, qui ne produisent rien. Douleurs dans le bas-ventre, les reins, la région de l'aîne et de la cuisse, semblables à celles qu'elle éprouve quand elle doit avoir ses règles et qu'elles ne viennent pas. Les douleurs du bras sont toujours les mêmes.

Le 11, 15 sangsues sur le trajet du nerf.

Le 12, la douleur n'a pas été calmée par les sangsues, et il s'est développé un érysipèle autour de leurs morsures. Catapl. de farine de riz.

Le 14, l'érysipèle a disparu. Douleurs cubitales jusqu'aux doigts persistant toujours.

Le 16, quelques douleurs reparaissent dans les épaules, mais elles sont superficielles, et ne paraissent pas appartenir aux articulations. Les anciennes douleurs ne sont pas revenues. Cataplasme ; la demie.

Les jours suivans, les accidens névralgiques persistent, quoiqu'on n'ait oublié aucun des mille moyens préconisés contre ces affections. Je dois dire pourtant que ceux qui parurent avec la meilleure influence furent les saignées locales, les vésicatoires simples et le sulfate de quinine.

On eut recours à l'acétate de morphine par la méthode endermique, et les symptômes en furent constamment aggravés. Du reste, les agens que nous avons signalés comme ayant eu de bons effets, n'ont réussi en dernier résultat qu'à rendre les douleurs plus supportables sans les faire disparaître complètement.

Il y avait déjà plusieurs mois que cette femme était à l'Hôtel-Dieu, et on lui avait promis un emploi de fille de service quand elle serait en état de marcher. En attendant elle avait été changée de lit et placée sur un brancard dans un angle de la salle, ne recevant l'air et la lumière que par une fenêtre grillée, qui restait depuis quelques semaines constamment fermée, parce que la religieuse avait mis des poules entre le grillage et les vitres. Cette partie de la salle était donc privée des circonstances d'aération et de ventillation auxquelles M. Piorry attache l'importance d'une mesure hygiénique du premier ordre.

Aussi, sans avoir fait d'écart de régime notable et sous l'influence de son séjour dans ce coin mal aéré, cette malheureuse fut prise d'un dévoiement considérable ; douleurs spontanées très-vives, augmentant par la pression ; fièvre intense ; foie très-volumineux ; rien du côté des poumons ; pas d'épanchement pleurétique ; mais l'ensemble de la physionomie présentait le plus mauvais aspect ; il y eut du délire ; la cause de ces accidens devait-elle être cherchée dans une indigestion ; mais l'indigestion simple aurait-elle amené ces symptômes typhoïdes.

Evidemment ici, comme cela arrive dans la plupart des cas, c'était le défaut d'aération qui rendait compte de cette complication funeste, c'était l'air non renouvelé entraînant la mauvaise hématose et portant dans la masse circulatoire des élémens perturbateurs.

Enfin l'état de notre malade devint en deux jours aussi fâcheux que possible, et il arriva qu'un matin le pouls fut trouvé presque nul, la respiration à peine sensible, la stupeur à son comble ; les dents, la langue et toute la muqueuse buccale sèches et couvertes de fuliginosités noirâtres et fétides. La mort paraissait imminente ; mais on se rappela les faits nombreux d'entérite et particulièrement de choléra typhoïde, et voyant dans les circonstances que je viens d'indiquer la production de tous ces accidens, on se hâta d'y soustraire la malade : on la plaça dans un lit bien aéré, entre deux fenêtres qu'on eut soin de faire ouvrir souvent ; on donna des boissons à haute dose pour remédier à la vacuité ou à la déplétion des vaisseaux, car la malade avait perdu beaucoup de liquides par les selles, et la masse

du sang avait été diminuée par des applications de sangsues assez nombreuses ; des lavemens copieux et répétés furent administrés ; et à partir de ce moment, à l'aide de ces seuls moyens il survint un changement tel, que le lendemain le pouls avait repris de la force et de l'étendue ; le faciès était passable et peu à peu tous les accidens se sont dissipés, et la malade a guéri complètement.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'aucune de ses douleurs névralgiques si atroces avant l'entérite n'a reparu depuis. J'ai du reste déjà observé deux cas semblables, un l'an dernier à la Pitié, l'autre dans ma famille.

Il est bon de revenir souvent sur des cas semblables, parce que ces moyens si simples et si faciles qui font la base du traitement des maladies dites typhoïdes sont tout puissans à les guérir, et pour être convaincu de leur importance, il suffit d'observer avec bonne foi et sans prévention.

C'est à M. Piorry surtout qu'on doit d'avoir attiré l'attention sur les mauvais effets de l'encombrement et du défaut d'aération, et il y a certainement de ses opinions de larges applications à déduire pour la thérapeutique des affections typhoïdes et pour l'hygiène publique en général. C'est dans cette persuasion, et parce que je les crois un bienfait pour l'humanité, que, quelqu'intéressée que paraisse sous ma plume l'action d'insister avec force sur les idées de mon maître, je ne crains pas néanmoins de le faire : je n'en ai vu d'ailleurs que des applications constamment heureuses depuis le temps déjà assez long que je suis attaché à sa clinique.

N° DU 23.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ, DE BORDEAUX,

Service de M. MOULINIÉ, chirurgien en chef.

Incontinence d'urine par cause rare.

Il semble que l'écoulement involontaire de l'urine doive dépendre ou du spasme de la vessie qui expulse le fluide sans l'acte de la volonté, par une sorte d'hypertonie musculaire, ou bien d'un relâchement des fibres du col de cet organe, d'une inertie de contraction, en un mot, d'une atonie musculaire, comme cela a lieu dans les paralysies, etc. Cependant le même phénomène a lieu sous l'influence de causes tout-à-fait différentes.

On sait que des obstacles à l'émission libre de l'urine, au lieu d'occasioner des rétentions, déterminent l'incontinence. Ce fait est constaté par Ducamp, et souvent il suffit de détruire les coarctations de l'urètre pour remédier à cette incommodité. Il y a en cela quelque chose qui d'abord étonne, mais les faits sont là, puis le raisonnement fait concevoir la possibilité de la chose.

Ce sont de tels exemples qui ont amené M. Mouliné à expliquer les causes d'une incontinence d'urine qui faisait le désespoir de Couget, cordonnier, âgé de trente quatre ans.

Cet homme imprégnait continuellement ses vêtemens d'urine. Il était horriblement tourmenté par cette incommodité. Le fluide dont il était constamment humecté excoriait les parties qu'il touchait, puis Couget n'osait se présenter chez ses pratiques dans un état de saleté dégoûtante. Il menaçait de mettre fin à son existence si on ne mettait fin à son mal.

Le moral de cet homme était d'autant plus abattu, qu'il avait subi l'amputation de la verge pour un champignon fongueux qui était survenu à la suite du traitement de chancres vénériens par la méthode physiologique.

Cet organe avait été coupé fort ras ; le moignon était rétracté derrière les testicules ; il y avait une fente par où coulait l'urine, mais le tronc du pénis ne faisait aucune saillie.

M. Moulinié pensa que l'incontinence d'urine pouvait fort bien dépendre de la difficulté qu'avait ce fluide à s'écouler librement des obstacles qu'offraient des brides ou une cicatrice au bout du moignon ; qu'alors son expulsion n'étant jamais complète, il en résultait un engorgement de la vessie, et consécutivement un regorgement. Cette explication semblait avoir sans doute quelque chose de conjectural, mais il était bien rationnel en pareil cas de former des conjectures.

Le malade étant placé sur un lit dans l'amphithéâtre de clinique, deux incisions demi-elliptiques furent pratiquées, dans la vue d'enlever l'excédant de peau et la cicatrice informe qui revêtait le moignon de la verge. Ce moignon fut disséqué et isolé. On chercha à introduire des stylets et des sondes dans le canal de l'urètre, ce fut impossible pour le moment ; car la cicatrice se prolongeait en s'enfonçant dans ce canal. Les jours suivans, des bougies et d'autres corps dilatans ont été employés. M. Rey, chef interne, et M. Bonnefin, élève interne, par leurs soins assidus, sont parvenus à introduire des sondes dans la vessie.

Dès-lors l'incontinence d'urine a complètement cessé ; cependant depuis le moment de l'opération, le malade avait éprouvé de l'amélioration. Il pouvait se retenir assez longtemps, pour se lever afin de se placer sur un vase pour uriner.

Il a été opéré le 10 juillet ; la guérison était parfaite un mois après ; il est sorti de l'hôpital le 30 août, plein de satisfaction.

Contusion grave, déterminée par un coup de tête de bélier ; résultat curieux.

Asserin, âgé de trente-deux ans, boucher, de haute stature, de formes athlétiques, reçut sur la partie antérieure et à peu près moyenne de la cuisse, un coup de tête d'un bélier qu'il s'amusait à taquiner. Il ne fut pas renversé par l'animal ; il éprouva peu de douleur, continua à marcher et à exercer sa profession.

Deux mois se passèrent ainsi : il n'y avait pas de gonflement remarquable, lorsque Asserin alla prendre un bain de rivière.

Dans les mouvemens de natation, il ressentit une douleur dans la cuisse, qui enfla instantanément : il sortit du bain, éprouva de la difficulté à marcher, et se rendit chez lui très-lentement ; le gonflement étant devenu très-consi-

dérable, il se fit transporter à l'hôpital deux jours après, le 18 juillet.

La tension de la peau, de l'aponévrose, du fascia-lata, étant extrêmes et les douleurs intolérables, M. Moulinié pratiqua un débridement à la partie externe de la cuisse, vers son tiers inférieur; il en sortit du sang noir mêlé de sanie. A la vue de ce liquide, on pensa que quelques vaisseaux secondaires (artères ou veines), avaient été ouverts par le fait de la contusion, et que le sang épanché décomposé avait donné lieu aux accidens consécutifs qui se déclaraient.

Néanmoins le gonflement persista, augmenta même, et des accidens nerveux, le délire, une fièvre ataxique se déclarèrent. Le chirurgien crut une nouvelle incision indispensable; il la pratiqua à la partie plus élevée de la cuisse que la première, d'une étendue et d'une profondeur plus grandes; il porta son doigt dans le fond de l'incision, et toucha le fémur entouré du muscle crural. Il s'écoula encore du sang décomposé, mais nullement du pus. A la tuméfaction, à une fluctuation obscure, il était cependant à croire qu'un abcès purulent était placé dans quelque point profond de l'épaisseur de la cuisse.

La fièvre ataxique prit une plus grande intensité; le délire, les soubresauts, la carphologie, l'aridité de la langue, puis la crispation de la face, indiquaient une mort inévitable qui arriva le 28 juillet.

L'autopsie fut faite dans l'intention de rechercher s'il n'y avait pas de clapier purulent dans l'épaisseur du membre; si des vaisseaux du second ou du premier ordre n'avaient pas été ouverts; si, à la rigueur, il n'y avait pas une lésion de l'artère principale du membre; chose qui eût pu être possible, à cause de la violence du coup que le malade avait reçu, et de l'extension brusque du jarret, qui s'exécute lorsqu'on est violemment frappé.

Il n'y avait rien de cela. Qui est-ce qui aurait pu établir un juste diagnostic? Soupçonner l'espèce de lésion existante? Tout le mal consistait en une exostose en forme de corne d'agneau de trois pouces de longueur, partant de la partie moyenne et antérieure du fémur, et se recourbant en avant et en bas. Cette exostose avait assez de densité à sa base, et était molle à son sommet. Elle a été conservée par M. Rey, chef interne, dans la collection des pièces d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-André.

N° DU 25.

De l'existence de la douleur après la décapitation par la guillotine.

Le mémoire que M. Julia de Fontenelle a lu naguères à l'institut, a donné lieu à une controverse médicale parmi plusieurs physiologistes français et étrangers. En dernier lieu, *le Boston médical and surgical journal*, vol. X, n. 11, mai 1834, a publié sur ce sujet un article que nous nous empressons de reproduire en partie.

Un grand nombre de ceux qui se sont occupés de cette intéressante question, croient probable que toute sensation cesse au moment même que la décapitation vient d'avoir lieu. Plusieurs croient au contraire que la douleur cesse immédiatement dans le corps, mais qu'elle continue dans la tête jusqu'à extinction de chaleur vitale.

Diegald Stuart dit à ce sujet qu'un célèbre physiologiste l'assura que la guillotine était l'instrument de mort le plus cruel, parce qu'il donne lieu à une double agonie, celle de la tête et celle du corps, attendu que la vie ne s'éteint dans l'une et l'autre partie, qu'après plusieurs minutes. Telle est la théorie que vient de soutenir M. Julia de Fontenelle au sein de l'institut de France, en l'appuyant de faits recueillis par les docteurs Sœmmering, Sue, Mojon, Castel, Aldini, Nauche, Wieland, et ceux qui lui sont propres.

L'auteur anglais donne un exposé des mêmes faits contenus dans le mémoire de M. Julia de Fontenelle, ainsi que des travaux de Cotugno, d'Egel, de Galvani, de Gren, de Hunter, de Hermestaedt, de Jacquin, de Guhtenberg, Schœrer, Valli, Vassali, etc., tant sur l'homme que sur les gallinacés, les batraciens et les animaux inférieurs, et expose les conclusions qu'en a tirées l'iatrochimiste français, après lesquelles il publie, comme étant propre à éclaircir cette importante question, l'observation suivante, qui lui a été communiquée par le docteur Spencer.

E. D., âgé de cinquante ans, d'une constitution forte et robuste, en faisant un effort pour s'élancer à bord, fut précipité et renversé à terre; il reçut un coup violent sur la portion antérieure et supérieure de la tête, il y eut en même temps luxation du dentelé antérieure de la troisième vertèbre cervicale. Après être resté environ une heure dans une totale immobilité, on l'aperçut enfin, à ce qu'il dit, et on le souleva; mais moi, qui étais présent, je ne puis croire qu'il fut privé de la faculté de sentir aussi longtemps qu'il le dit, puisqu'il parlait très-bien; mais il ne connaissait rien et ne se souvenait de rien. Des épingles furent enfoncées profondément dans plusieurs parties de son corps, depuis les pieds jusqu'à la nuque, sans qu'il donnât le moindre signe de sensation. Le malade ajoutait que jamais de sa vie il n'avait été aussi exempt de douleurs, mais qu'il sentait cependant qu'il ne saurait vivre quelques jours; en conséquence il fit ses dispositions testamentaires de la manière la plus saine.

La tête de D. était tellement poussée en arrière, qu'il lui était impossible de voir son corps. Son pouls était beaucoup plus lent que d'ordinaire; la respiration et la parole un peu difficiles: cette difficulté s'accrut peu à peu. Cependant, peu de minutes avant sa mort, il pouvait articuler encore distinctement quelques mots; et jusqu'à sa mort, qui eut lieu quarante-huit heures après la chute, sa tête conserva tous ses sens.

Tous les moyens propres à remettre la luxation furent inutilement employés, car les apophyses transverses étaient tellement croisées, que tout effort était infructueux.

Dans cet exemple, il y a eu sans doute une compression parfaite de la moelle épinière, qui empêchait la propagation de l'influence nerveuse du cerveau au tronc, le nerf pneumo-gastrique resta libre.

Cette observation tend à prouver qu'aucune sensation ni souffrance ne peut exister dans le corps après qu'il a été séparé du cerveau. Quant à la tête, l'état de cette partie

doit dépendre de deux conditions : celle du cerveau et du système nerveux, et celui du système vasculaire.

Pour ce qui regarde le premier, il paraît que la sensation doit rester dans la tête après que la moelle épinière est divisée, même tout près de la nuque ; car chez D., pendant que la compression totale de cette moelle avait lieu, tous les sens de la tête étaient dans un état normal complet.

L'observation du docteur Spencer est analogue à la condition d'un décapité, et très-propre à éclairer cette question. Mais il y a un point essentiel qui établit une différence entre les deux cas, et qui doit être basé sur l'état du système vasculaire. Chez D., la circulation du sang dans le cerveau n'était pas essentiellement empêchée, tandis que dans la décapitation elle cesse immédiatement.

L'auteur de cet article ajoute : Il est reconnu que toute sensation doit cesser avec l'évacuation des vaisseaux sanguins cérébraux ; mais l'observation du docteur Spencer nous apprend que tant que le sang continue à traverser le cerveau, la sensation dans la tête s'y maintient, quoique la connexion des nerfs avec le corps soit interrompue après la décapitation. Cependant, par la guillotine, la sensation de la tête continue probablement jusqu'à ce que les vaisseaux se soient vidés. Telle est aussi la théorie émise par MM. Julia de Fontenelle et Mojon.

Si les diverses observations recueillies sur cet important sujet sont exactes, il reste encore à examiner combien de temps la tête retient le sang artériel après la décollation, et combien dure l'action spasmodique qui est la suite de la section du cou ; enfin si la mort de la tête ne saurait être plus positive et plus prompte en la tenant dans une position propre à favoriser la sortie du sang.

En dernière analyse, il paraîtrait que la mort par la guillotine n'est pas si instantanée qu'on le suppose généralement, et que le mode d'exécution le plus conforme aux lois de l'humanité, serait celui qui arrêterait le plus promptement possible la circulation du sang dans le cerveau, plutôt que de s'occuper à trancher promptement la moelle épinière.

Des injections dans la cavité uterine, comme moyen thérapeutique applicable à plusieurs maladies, notamment à la syphilis et aux hémorrhagies utérines ; par M. le docteur de LIGNEROLLES.

En janvier 1834, j'ai donné mes soins à une jeune femme, madame M..., rue Notre-Dame-de Nazareth, n° 22. Elle était atteinte d'une affection vénérienne ayant son siége principal dans le vagin, et caractérisée par un écoulement verdâtre abondant, des ulcérations nombreuses surtout à la paroi gauche, et des végétations rouges et développées, dont l'existence fut constatée à l'aide du spéculum. La malade fut soumise au traitement général de la syphilis, et à un traitement local composé d'injections émollientes et mercurielles (deuto-chlorure de mercure huit grains par pinte) ; ces injections faites dans le vagin avec clyso-pompe ordinaire furent secondées par quelques mèches enduites d'un mélange à parties égales de cérat et de pommade mercurielle double, laissées à demeure dans le vagin pendant vingt-quatre heures.

Ce traitement employé pendant deux mois environ avait fait disparaître les végétations et les ulcérations ; mais l'écoulement persistait et le spéculum ne montrait pas distinctement d'abord la source de cet écoulement. Les mèches furent continuées, et retirées du vagin elles présentaient constamment sur le côté gauche et à leur extrémité une plaque allongée de pus verdâtre fort épais. Examinant avec soin le fond du vagin au moyen du spéculum que je tournais en différens sens, je finis par distinguer le col de l'utérus vers la paroi gauche du vagin, contre laquelle il s'appuyait. Je parvins à l'en éloigner et à le ramener vers la ligne médiane en écartant l'une de l'autre les parois antérieure et postérieure du vagin. Le col de l'utérus avait le volume ordinaire et était parfaitement sain, mais il en sortait une quantité considérable de pus verdâtre ; le traitement général qui avait été suspendu pendant quelque temps fut repris. Le traitement local fut continué pendant plus d'un mois sans la moindre amélioration.

Il me vint alors dans l'idée de tenter des injections dans la cavité même de l'utérus. Je me servis à cet effet du spéculum, d'une sonde métallique, et du clyso-pompe à jet continu de M. Charrière (1).

Voici comment j'ai procédé à cette injection qui fut d'abord faite avec de l'eau simple par la crainte de produire des accidens, et plus tard, avec une solution de deuto-chlorure de mercure, dont la dose a été élevée graduellement à huit grains pour deux pintes d'eau. Le liquide placé dans le réservoir est soumis à la pression par le jeu de la pompe foulante. La malade est couchée sur le dos, les cuisses écartées, les parties génitales au niveau du bord d'un lit ; le spéculum est introduit dans le vagin ; les branches disposées de manière à écarter l'une de l'autre les parois antérieure et postérieure du vagin, sont tenues écartées par le rapprochement de l'éminence thénar et des deux derniers doigts de la main gauche ; la sonde applatie à son bec ou terminée par un bout de caoutchouc, est introduite de la main droite dans la cavité du col de l'utérus à la profondeur d'un demi-pouce environ, et maintenue en place par le pouce, l'index et le médius de la main gauche. Son extrémité externe est adaptée au conduit extérieur du clyso-pompe qui est approché et posé sur une table. Tout ainsi disposé, le robinet est tourné de la main droite qui reste libre et peut faire jouer la pompe pour entretenir la pression. Le liquide aussitôt s'élance avec vitesse et pénètre dans la cavité utérine, vitesse modérée toutefois selon la volonté de l'opérateur. Je faisais passer chaque fois dans l'utérus deux pintes environ de la solution indiquée.

---

(1) Cet instrument ingénieux est composé, comme on le sait, d'un réservoir, d'un conduit, d'une pompe, qui est à volonté foulante et aspirante, visée sur le réservoir, d'un second conduit qui s'adapte au corps de la pompe, munie d'un robinet, et qui communique avec le conduit intérieur. Le jeu de la pompe accumule dans le réservoir l'air extérieur qui opère une pression sur le liquide qu'il contient, pression variable au gré de l'opérateur, sous l'influence de laquelle le liquide s'échappe en formant un jet plus ou moins fort.

Après une douzaine d'injections la malade a été parfaitement guérie, cependant j'en ai continué plus long-temps l'usage pour éviter la récidive de la maladie. Plusieurs de mes confrères ont été témoins de ce fait et de la facilité avec laquelle ces injections peuvent être faites.

— Le mois dernier, j'ai mis en usage ce moyen de traitement dans un cas bien plus grave, et qui appelle plus encore l'attention des médecins. C'était rue Thévenot, chez une jeune femme atteinte d'hémorrhagie utérine, et qui était arrivée sans avoir reçu de secours au plus haut degré de faiblesse et d'épuisement; je la trouvai dans l'état suivant, lorsque je me présentai chez elle : la face était pâle et couverte d'une sueur froide, les yeux enfoncés et cernés, les extrémités froides, le pouls à peine perceptible, la respiration très-laborieuse, la connaissance presque anéantie, l'hémorrhagie continuait toujours. Je fis de suite placer quelques ventouses au-dessous des mamelles et j'injectai par le même procédé dans la cavité utérine deux pintes d'eau à la température de dix à douze degrés; l'hémorrhagie s'arrêta presque subitement, la malade se trouva un peu mieux, elle prit ensuite quelques cuillerées devin de quinquina.

Le lendemain, l'hémorrhagie recommença avec moins de volume, j'ajoutai deux gros d'alun calciné. L'hémorrhagie n'a pas reparu, et la malade s'est rétablie en dix jours.

— Dernièrement je me suis servi du même moyen pour faire des injections avec de l'eau de guimauve tiède, dans un cas de métrite aiguë. La malade s'en est très-bien trouvée; cependant le traitement antiphlogistique a été employé avec beaucoup d'énergie.

On pourrait par ce procédé porter dans l'utérus d'autres agens thérapeutiques, pour combattre beaucoup d'autres affections de l'utérus, agens qui employés autrement n'ont qu'un effet trop indirect.

N° DU 27.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Clinique médicale de M. PUTROUILH.

Juillet 1834. D'après le relevé fait par M. Bonnefin, chirurgien interne à l'hôpital Saint-André, 218 malades sont entrés dans le service de M. Putrouilh pendant le mois de juillet (1). Un assez grand nombre de ces malades était atteint d'affections chroniques, et ne peut par conséquent fournir aucune notion sur les maladies régnantes et sur les caractères particuliers qu'elles présentent. Ainsi, de ce nombre se trouvaient 10 phthisiques, 11 individus atteints d'affections organiques du foie, 2 femmes affectées de maladies organiques de l'utérus, 6 individus porteurs de catarrhes chroniques, etc.

Presque tous les autres individus présentaient des affections qui appartenaient à différentes formes ou degrés de phlegmasie de divers organes, mais surtout des organes digestifs, et aux fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes de différens types ont aussi été très-nombreuses. Vingt-quatre individus atteints de semblables affections se sont présentés à la clinique; quatre d'entre eux étaient atteints de fièvres pernicieuses. Les préparations de quinquina ont arrêté facilement ces fièvres, mais des rechutes assez nombreuses ont eu lieu, et ce n'est que le quinquina uni au sulfate de quinine qui a pu en triompher définitivement. Un seul des individus atteints de fièvre pernicieuse est mort. Il a succombé pendant l'accès dont il était déjà atteint à son entrée à l'hôpital. La nécropsie a seulement montré la rate altérée dans son tissu; elle avait quatre fois environ son volume ordinaire. La même altération avait aussi été trouvée précédemment sur les cadavres d'autres individus qui avaient aussi succombé à des fièvres pernicieuses.

La décoction de guaco, à la dose de trois verrées par jour, a été administrée à deux malades atteints de rhumatisme articulaire avec œdème du membre. Ce médicament a diminué graduellement la fréquence des battemens du pouls en augmentant leur force. Une amélioration notable a été obtenue dans l'état des malades.

Deux amygdalites accompagnées d'une innombrable quantité d'ulcères mercuriels disséminés sur les muqueuses buccale et gutturale, ont été efficacement combattues par la décoction de quinquina en gargarisme. Ce moyen a fait disparaître et la phlegmasie, et les ulcères avec la plus grande promptitude.

Plusieurs phthisiques, dans une période avancée de la maladie, ont éprouvé un grand soulagement par l'usage de l'eau de Bonne factice, mêlée avec le lait. L'affection pulmonaire a paru enrayée dans sa marche; trois malades ont même retiré de si grands avantages de cette médication, qu'ils sont sortis de l'hôpital, n'éprouvant plus aucun embarras dans l'acte de la respiration.

Trois peintres atteints de colique saturnine ont été admis dans les salles de clinique; et, comme l'avait annoncé d'avance le professeur l'usage d'une potion avec de l'huile de croton tiglium et l'huile de ricin, a déterminé de nombreuses évacuations, et fait disparaître les douleurs dont ces malheureux étaient atteints. Le calme parfait et continu dont ils ont joui jusqu'au moment de leur sortie de l'hôpital, est un garant de leur guérison. Les nombreux succès qu'obtient M. Putrouilh de l'usage de l'huile de croton dans la colique des peintres, vient à l'appui des observations de plusieurs praticiens qui disent en avoir retiré d'excellens effets en pareils cas.

Nous ferons connaître plus tard la méthode de M. Putrouilh, qui nous paraît agir aussi efficacement et plus promptement que le traitement dit de la charité, et surtout que la méthode anti-phlogistique qui agit beaucoup plus lentement et auquel beaucoup de coliques saturnines résistent.

L'ipécacuanha a été employé avec avantage chez plusieurs malades atteints de dysenterie et de diarrhées.

Quelques individus atteints de pneumonie se sont aussi présentés à la clinique. Dès les premiers jours de leur entrée, une potion stibiée leur a été administrée, mais l'émétique n'a pas été donné à une dose aussi élevée qu'on la porte souvent d'après la méthode du contro-stimulisme, car

---

(1) Bull méd. de Bord.

M. Putrouilh ne donne jamais plus de huit grains de tartre stibié dans une infusion aromatique, dont il fait quelquefois continuer l'usage pendant plusieurs jours. Ce praticien ne dépasse pas ordinairement cette dose par la persuation dans laquelle il est qu'une plus grande quantité d'émétique déterminerait des désordres graves dans le lobe digestif. Ce professeur a aussi remarqué que certaines pneumonies récidivaient où étaient suivies de fièvres intermittentes, si on n'administrait pendant la convalescence l'acétate d'ammoniaque uni à l'extrait de quinquina.

La mortalité a été très-faible pendant ce mois, et les deux tiers (8 sur 12) des individus qui ont succombé, étaient porteurs de maladies chroniques de quelqu'un des principaux organes.

La nécropsie de tous les individus qui ont succombé a été faite. Nous avons déjà parlé des seules particularités qu'offrait le cadavre de celui qu'une fièvre pernicieuse a enlevé. Les autres ont présenté peu de faits remarquables.

M. Bonnefin a trouvé dans les poumons de deux des trois phthisiques morts pendant ce mois, des cicatrices bien évidentes du tissu pulmonaire, mêlées aux autres altérations et produits morbides de l'organe. Le cadavre d'un ancien capitaine de la marine, mort d'une affection du foie, à présenté cet organe avec un volume quadruple de celui qui lui est ordinaire. Il s'étendait jusque dans l'hipochondre gauche, portait dans l'épaisseur de son tissu des tubercules de substance squirro-encéphaloïde, et sur le bord inférieur du lobe gauche, existait un vaste abcès qui s'ouvrait dans l'estomac.

Toutes les membranes séreuses avaient subi une légère altération, et une certaine quantité de sérosité était épanchée dans chaque cavité, mais surtout dans l'abdomen. On n'a pas recueilli l'histoire de cette maladie avec assez de détails, pour que nous puissions la rapporter. Nous noterons seulement que les vomissemens opiniâtres dont le malade était tourmenté ne furent pas calmés, même momentanément, soit par la potion de Rivière, soit par les préparations opiacées dont on fit usage.

Un fait à l'appui de l'opinion des physiologistes, qui pensent que les sinus frontaux ne servent pas à l'olfaction; par M. DE LIGNEROLLES.

M. L..., rue Montmartre, se tira, au mois de mai 1833, un coup de pistolet vers la racine du nez. La balle arrivant obliquement sur le frontal, suivit sa courbure et sortit près de la suture fronto-pariétale. Elle fractura néanmoins la paroi externe du sinus frontal du côté droit. Cette fracture comminutive présenta au bout de quelques jours une perte de substance, qui avait plusieurs lignes de diamètre. Le malade fut saigné abondamment et soumis pendant huit jours à l'usage de la glace, appliquée sur la tête. Il n'est survenu aucun accident, la guérison a eu lieu en six semaines.

A différentes reprises les odeurs les plus fortes (1) ont été approchées de la solution de continuité, le malade n'en a jamais eu la conscience. Dans les premiers temps, je pensai que la sensation manquait à cause de l'inflammation des parties. J'ai été désabusé vers la fin de la maladie, lorsque l'inflammation eut complètement disparu. Le malade n'a pas été, plus qu'auparavant, impressionné de ces odeurs. Cependant il restait une libre communication avec la narine droite, communication par laquelle les odeurs auraient pu être perçues.

Cette observation a encore présenté le fait suivant : la table externe du frontal, complètement dénudée du périoste, restée dure et blanche, n'a pas empêché la formation d'une cicatrice de bonne nature.

Nota. Je me propose de vous communiquer prochainement, monsieur le Rédacteur, quelques observations qui montrent l'utilité de la compression artérielle, dans la goutte aigue.

(1) L'acide acétique, l'ammoniaque.

N° DU 30.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. GUERSENT.

Péricardite et pleurésie, suites de rhumatisme articulaire; hydropisie générale; mort par œdème de la glotte; adhérences des deux feuillets du péricarde; dilatation des cavités du cœur.

Hachette (Irma), âgée de huit ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé, fut prise, dans les premiers jours de mai, de gonflement et de douleurs de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui s'accompagnèrent de fièvre, d'inappétence et d'un sentiment très-prononcé de courbature.

Dès le lendemain, les symptômes arthritiques abandonnèrent le pied droit pour se porter sur le gauche, et parcoururent ainsi pendant huit jours plusieurs autres articulations des membres supérieurs et inférieurs. Quelques vomissemens bilieux eurent lieu au début. Constipation opiniâtre qui persiste pendant huit jours. Au bout de ce temps, la douleur abandonne entièrement les articulations, et se fixe sur le côté gauche de la poitrine. La respiration qui, dès le début, avait offert un peu plus de gêne que dans l'état normal, devient courte et incomplète, il survient du dévoiement. On se borna à l'usage des boissons pectorales, et on appliqua un emplâtre de poix de Bourgogne sur le côté gauche du thorax.

Entrée à l'hôpital le 23 mai, seize jours après l'invasion des premiers accidens, cette malade nous offrit l'état suivant :

Décubitus dorsal, face pâle, douleur de tout le côté gauche de la poitrine, augmentant par la percussion et les fortes inspirations; toux sèche, peu fréquente; respiration courte et incomplète, son mat dans toute la moitié inférieure gauche de la poitrine; souffle bronchique égophonie vers l'angle inférieur de l'omoplate. A droite la respiration est pure; peau médiocrement chaude, pouls peu développé, donnant 40 pulsations par minute; 36 inspirations; langue large, humide, couverte d'un léger voile blanchâtre; appétit non

entièrement perdu. La malade réclame sans cesse des alimens; ventre souple et indolent; deux selles liquides sans coliques en vingt-quatre heures.

Le 25 les mêmes symptômes persistent; on supprime l'emplâtre de poix de Bourgogne, que l'on remplace par un large vésicatoire.

Le 29, le son du côté gauche de la poitrine est trouvé mat dans une plus grande étendue que les jours précédens. La douleur est à peine sensible, la face s'œdématie, le pouls est moins fréquent (112 pulsations par minute); on prescrit 12 gouttes de teinture alcoolique de digitale dans un julep gommeux dont on augmente graduellement la dose, et qui est continué jusqu'au 12 juin.

Sous l'influence de cette médication, le pouls augmente de fréquence d'abord, et diminue dans les derniers jours. L'œdème, au lieu de diminuer, envahit les membres supérieurs et inférieurs. Il se forme un épanchement dans l'abdomen et le côté droit de la poitrine.

Le 12 juin, il se manifeste quelques mouvemens choréiques des membres supérieurs et inférieurs. La malade est triste, capricieuse. pleure toujours dès qu'on l'aborde. On prescrit la poudre de valériane.

Le 17, à la visite du matin, l'œdème de la face et des membres persistent, ainsi que le double épanchement de la poitrine. Le pouls est peu fréquent, la peau de chaleur naturelle. Les voies digestives sont en bon état. Les légers mouvemens choréiques qui avaient été observés les jours précédens ont disparu. Rien n'annonce une terminaison prochaine.

Le soir, la malade est prise subitement de dyspnée; la respiration devient bruyante, la face prend une teinte violacée. Cet état persiste jusqu'à la mort, qui a lieu le 18, à cinq heures du matin.

Nécropsie, 28 heures après la mort.

État extérieur. Pâleur générale des tégumens, œdème de la face et des mains, rigidité cadavérique assez prononcée.

Cou et thorax. Une grande quantité de sang s'échappe lorsqu'on incise les veines du cou. Les lèvres de la glotte offrent une infiltration séreuse considérable. Les cordes vocales et les ventricules du larynx sont à l'état sain; la muqueuse qui le tapisse, ainsi que la trachée-artère, est pâle; les bronches offrent une teinte violacée en quelques points, et contiennent des mucosités spumeuses et sanguinolentes.

Le poumon droit adhère à la plèvre costale dans son tiers supérieur à l'aide de brides celluleuses anciennes. La moitié inférieure de la cavité pleurale est remplie de sérosité citrine sans aucun mélange de flocons albumineux. Les lobes moyen et inférieur de ce poumon comprimés par le liquide sont moins volumineux que dans l'état normal; il ne reste pas d'hépatisation ni d'engouement; ils contiennent encore de l'air et surnagent l'eau.

Epanchement un peu moins abondant dans la cavité pleurale gauche; exsudation albumineuse à la surface des plèvres costale et pulmonaire. Même état du poumon qu'à droite. Les ganglions bronchiques sont à l'état sain. Le tissu cellulaire du médiastin est œdématié.

Le tissu cellulaire extérieur au péricarde est le siége d'une infiltration séreuse. Les deux feuillets de cette membrane adhèrent entre eux de telle sorte que le cœur et son enveloppe se présentent sous la forme d'une tumeur plus volumineuse que dans l'état normal.

Ces adhérences sont constituées par de fausses membranes jaunâtres qui revêtent toute la surface du cœur, et lui forment une sorte de coque. Peu de liquide épanché; dilatation des cavités de cet organe sans amincissement ni hypertrophie des parois. Tissu propre du cœur mollasse, un peu plus rouge que dans l'état normal; sang liquide dans les ventricules.

Abdomen. Un litre de sérosité limpide dans le péritoine; œdème du tissu cellulaire des épiploons sans altération des ganglions.

Le foie, la rate et les reins sont gorgés de sang. La muqueuse gastro-intestinale est assez injectée; du reste elle ne présente ni ramollissement, ni ulcération.

Tête. Le cerveau et ses enveloppes sont exempts d'altération.

Dans ce cas, l'examen anatomique du cadavre nous a révélé les traces d'une péricardite, dont deux circonstances nous avaient permis de soupçonner l'existence. D'une part, l'invasion brusque d'une douleur du côté gauche de la poitrine, coïncidant avec la disparition d'un rhumatisme articulaire; d'autre part, l'hydropisie du tissu cellulaire du thorax et de l'abdomen, qui se manifesta à une époque plus avancée de la maladie.

Lorsque la malade fut soumise à notre observation, les symptômes de la péricardite étaient complètement masqués par ceux de la phlegmasie, qui occupait la plèvre gauche. La matité n'était pas seulement bornée à la région précordiale, mais elle fut constatée soit latéralement, soit postérieurement.

L'égophonie et le souffle tubaire qui l'accompagnait ne laissaient alors aucun doute sur l'existence d'un épanchement pleurétique, qui masquait complètement l'affection du péricarde. En comparant les altérations trouvées dans la séreuse des poumons et du cœur, il est permis de croire que la péricardite a précédé l'invasion de la pleurésie, et que l'inflammation s'est propagée d'une séreuse à l'autre. En effet, dans le péricarde, pas de traces d'épanchement. Des fausses membranes ayant déjà subi un commencement d'organisation, tapissaient les deux feuillets de la séreuse, et établissaient entre eux des adhérences assez intimes. Dans la plèvre, les fausses membranes étaient plus molles, l'épanchement était encore assez abondant; il contenait des flocons albumineux, et différait sous ce rapport de celui du côté droit, qui était constitué par une sérosité limpide de même nature que celle qui occupait la cavité du péritoine. L'hydro-thorax du côté droit, ainsi que l'hydropisie du tissu cellulaire, qui occupa d'abord la face, envahit ensuite les membres, et gagna successivement les organes respiratoires, étaient évidemment liés à l'altération dont l'organe central de la circulation et son enveloppe étaient le siége. Par suite de ces divers désordres, la malade succomba à la manière des asphyxiés, ce qui explique les congestion sanguines des principaux viscères qui y furent constatés à l'ouverture du cadavre.

Céphalalgies sus orbitaires, accidentelles ou périodiques, traitées par la potion de Rivière à haute dose; par M. CARRON DU VILLARS, D.-M.

En lisant les écrits les plus récens publiés sur les maux de tête accidentels ou périodiques, je me suis convaincu que l'on n'avait point tenu compte d'intéressantes observations publiées par feu le professeur Carron, mon père, et insérées dans le Journal général de la société de médecine de Paris. Les malades qui en font le sujet, avaient été guéris de céphalalgie très-violente, au moyen de l'usage de la potion effervescente de Rivière, à haute dose. Ces faits sont d'autant plus remarquables que la maladie était due à des causes diverses et que la médication qu'on leur opposa, fut couronnée d'un prompt et durable succès. Je vais les résumer ici en peu de mots.

1er *fait.* M. A..., d'un tempérament nerveux, sujet aux affections hypocondriaques et au flux hémorrhoïdal, éprouva dans le mois de septembre 1816, dans le côté droit de la tête, une douleur périodique qui se faisait principalement sentir dans l'orbite, la tempe et la narine du même côté. Chaque accès revenait tous les jours vers huit heures du matin, et ne durait, les premiers jours, que jusqu'à midi; successivement ils augmentèrent d'intensité, au point que le malade désirait la mort. Les pédiluves sinapisés, les sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux, l'émétique à dose vomitive, deux heures avant l'accès, les frictions sur la partie malade avec le laudanum liquide, l'éther acétique ne purent calmer cette vive douleur, elle céda à deux onces de quinquina prises dans l'intervalle de l'accès; mais il conserva dès-lors du trouble dans les fonctions, des malaises généraux qui le rendirent triste et mélancolique. Après avoir essayé vainement plusieurs anti-spasmodiques, il obtint la guérison par l'usage des eaux factices de Seltz.

Quatre ans après, il eut de nouveaux accès rebelles à tous les moyens dont nous venons de parler, et qui furent rapidement guéris par l'usage de la potion effervescente de Rivière, qu'il prenait par deux cuillerées d'heure en heure.

En 1812, ce malade eut un nouvel accès, et fut de nouveau guéri par le même moyen.

2e *fait.* Un jeune homme d'un tempérament sec et tourmenté depuis plusieurs années par un cucurbitain qui avait résisté aux remèdes les plus vantés, fut tout à coup pris de douleurs céphalalgiques frontales et orbitaires excessivement vives, qui résistèrent à l'application des sangsues aux tempes, aux vésicatoires à la nuque et aux bains de pieds sinapisés.

Le professeur Carron, enhardi par la première curation, administra, comme dans le cas précédent, la potion effervescente de Rivière, qui produisit un effet aussi heureux. Dès cette époque, dans ses mains et dans les miennes, la potion effervescente de Rivière a fourni d'heureux résultats, non-seulement dans les céphalalgies, mais encore dans les coliques nerveuses et dans une foule de névralgies. J'en ai tiré d'excellens résultats dans le traitement des douleurs sus-orbitaires et faciales qui se développent à la suite des opérations de cataracte.

Dans la note qui transmet ces faits à la société de médecine, son honorable membre correspondant recommandait de continuer l'usage de cette médication encore plusieurs jours après la cessation de tout symptôme douloureux. On peut remplacer avantageusement la potion de Rivière par la poudre effervescente anglaise, qui, sous le même volume, fournit une plus grande quantité d'acide carbonique.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

SEPTEMBRE 1834.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

—

Sur l'usage de la viande de jeunes veaux ; par M. HUZARD.

Convient-il, dans l'intérêt de la santé publique, de continuer à faire observer les prohibitions prononcées par les réglemens, au sujet de la viande de veau, ou l'administration peut-elle, sans inconvéniens, laisser à cet égard, toute espèce de liberté au commerce?

Depuis un temps immémorial, les réglemens interdissent la vente des veaux pour la consommation, lorsqu'ils sont extraits des entrailles d'une vache abattue pleine, lorsqu'ils sont mort-nés, ou qu'ils sont morts par suite d'un vélage laborieux, ou enfin lorsqu'ils n'ont pas atteint six semaines, âge requis pour être livrés à la boucherie.

Les veaux exposés en vente, qui se trouvent dans l'une de ces catégories, sont saisis et envoyés à la ménagerie royale, pour y être mangés par les animaux.

Ce dernier alinéa répond, d'une manière positive au fond de la question posée en commençant, et il la juge affirmativement. Si cette viande est mangée crue par les animaux, sans inconvéniens, elle ne peut en avoir pour l'homme qui la mange toujours cuite et assaisonnée.

Il est peut-être nécessaire de donner quelques développemens à ce principe, et d'établir quelques généralités qui mettront les lecteurs à portée de juger la question.

Déjà le conseil de salubrité de Paris, a eu occasion de la traiter plusieurs fois relativement à la viande d'animaux affectés de quelques maladies, telles que la *pommelière*, la *ladrerie*, les épizooties et autres ; il s'est toujours prononcé pour l'innocuité motivée ; ici il ne s'agit point d'animaux malades, mais seulement mort-nés, ou pas encore assez viables.

Je ferai observer qu'il n'y a pas longues années encore, que des ordonnances de police défendaient de manger de l'agneau, du chevreau, des huîtres, des melons, etc., depuis telle époque jusqu'à telle autre, et qu'il a fallu combattre long-temps pour que de pareilles ordonnances ne fussent point renouvelées ; non-seulement on mettait en avant la salubrité, la santé des consommateurs ; mais on prétendait même, dans le premier cas, qu'il y allait de la destruction des espèces. On mange de tout cela, à présent, tant qu'il y en a, tant que les producteurs trouvent à vendre, que les consommateurs trouvent l'aliment bon, et tant que les saisons le permettent ; on mange de l'agneau comme du veau toute l'année, et on en fait pour être mangés. Les races de moutons et de bœufs ne sont pas diminuées, les parcs d'huîtres sont augmentés, et on mange des melons tant qu'ils sont mangeables ; MM. les médecins n'ont pas remarqué que depuis cette époque il y ait eu plus de malades, et qu'il y ait des maladies que l'on puisse plus particulièrement attribuer à l'usage de ces alimens dans les temps où on les défendait.

Ce n'est pas toujours l'aliment qui fait mal, c'est l'abus qu'on en fait.

Il est certain que la viande trop jeune est visqueuse, mucilagineuse, gélatineuse, par conséquent encore peu animalisée, elle est fade, a peu de goût, est plus difficile à digérer, est relâchante et moins nourrissante ; elle ne vaut rien bouillie, elle ne supporterait pas cette opération ; mais on se garde bien de la manger ainsi ; les guinguettes, les gargotiers, qui la font consommer, la rôtissent, on en font des fricassées fortement aromatisées, poivrées, salées ; ajoutez-y le vin, le petit-verre d'eau-de-vie et le cigarre, vous aurez de suite le remède à côté du mal.

Il est incontestable que le bœuf et le mouton sont plus nourrissans, plus substantiels que le veau et l'agneau ; que la volaille faite vaut mieux que le poulet, mais on fait un usage habituel des premiers, et on ne mange les seconds qu'en seconde ligne ; il y a donc moins d'inconvéniens dans leur emploi que si on en faisait un usage journalier.

De temps immémorial, les réglemens de police interdisent la vente de la viande qui n'a pas toutes les bonnes qualités alimentaires, et c'est bien, il faut continuer à les maintenir ; on n'en mangera pas moins des *Gosselins* (veaux

mort-nés), et des veaux nouveau-nés, mais ce sera toujours l'exception, parce que ces cas, les premiers surtout, ne sont pas fréquens, et il n'en résultera rien de fâcheux, ni pour la salubrité, ni pour la santé du petit nombre de consommateurs, l'autorité aura toujours en sa faveur d'avoir prescrit les véritables règles d'hygiène à ses administrés, et tant qu'il n'y aura pas de plaintes positives à ce sujet, elle pourra laisser aller les choses comme à l'accoutumée.

Ce n'est pas l'aliment qui fait mal, c'est l'abus qu'on en fait, et ici il ne peut y avoir abus, parce qu'il n'y a jamais quantité, cette quantité ne s'élevant guère annuellement à plus d'une centaine.

MÉMOIRE

Sur les accidens résultant de la fabrication de la céruse, par M. BRECHOT fils, élève en méd.

Les accidens qui résultent de la fabrication de la céruse, aujourd'hui que ce genre d'industrie s'est autant multiplié en France, viennent d'éveiller la sollicitude de MM. les membres du conseil de salubrité.

Alors que d'intéressans travaux ont commencé pour arriver aux moyens d'assainir ces préparations, malheureusement indispensables, je crois devoir aider ces recherches par un exposé des observations que j'ai recueillies dans l'établissement de Clichy où je suis né.

Peut-être avant de parler de nos préparations, serait-il bon de rappeler ce qui se fait en Hollande, et de mettre, comme en regard, ces deux procédés, si long-temps en concurrence pour leurs produits et leurs influences plus ou moins pernicieuses.

Long-temps la France est demeurée tributaire des fabriques hollandaises, et leurs céruses trouvèrent toujours place dans le commerce; dès-lors, chez elle, point d'améliorations sensibles dans leur mode de préparation, et par suite, moins de ces dangers auxquels le développement de l'industrie a depuis exposé les ouvriers.

Procédé hollandais.

A l'époque où mon père commença ses travaux, voici quelle était la préparation de la céruse en Hollande, procédé actuellement encore en vigueur.

Une série de vases en grès est établie sur une couche de fumier récent. Chacun d'eux contient une planche de plomb roulée en spirale, et dans le fond à-peu-près un litre de vinaigre. L'on conçoit que la fermentation du fumier ayant lieu, il y a dégagement d'acide carbonique dont l'accès dans les vases est facile par de petites ouvertures; alors sa combinaison avec le plomb se fait graduellement, aidée d'ailleurs par les vapeurs d'acide acétique déterminées par l'élévation de température.

Une surface blanche de quelques lignes d'épaisseur, recouvre les lames de plomb, c'est la céruse sans acétate.

A cette opération en succède une autre sur de nouvelles spirales, et les premiers produits obtenus sont facilement détachés des lames par quelques coups de marteau, de là mis en tonneaux, et livrés au commerce.

Procédé français.

Le premier établissement français pour la fabrication de la céruse, fut formé à Clichy, par mon père, N. C. Brechot; toutes les conditions de supériorité aux étrangers avaient été remplies : économie de temps, et produits plus beaux; une médaille d'or fut accordée, et l'établissement prospéra vingt ans sous un nom qui ne fut pas le sien, mais qui aurait dû l'être puisque c'était sa propre industrie, sa propre découverte.

Bien que ce procédé nouveau eût d'incontestables avantages sur celui des Hollandais, du moins il n'en avait pas la simplicité; il serait sans doute hors de propos d'entrer dans les détails de cette fabrication; d'ailleurs il suffit, je crois, de décrire, comme en passant, les différens travaux, afin de signaler, plus tard, et avec plus de facilité, toutes les influences délétères.

A Clichy s'élevait un bâtiment immense, contenant les divers appareils en activité; chaque jour, la céruse de Clichy était obtenue par précipitation en carbonate de plomb, de la dissolution de litharge (protoxide de plomb) dans l'acide acétique, et ce, à l'aide d'un courant d'acide carbonique.

Trois opérations, en quelque sorte, résultaient de ce nouveau mode de préparer la céruse :

1° D'abord, la saturation du vinaigre par la litharge; un réservoir circulaire d'une énorme capacité laissait aux mélanges le temps de se combiner, et le liquide ou sous-acétate de plomb formé après précipitation d'un excès d'oxide, était transvasé dans un autre réservoir;

2° L'acide carbonique se dégageait d'un foyer de charbon de bois, pour se rendre ensuite dans une autre cuve, dite cuve à précipiter, et là s'opérait la combinaison avec l'oxide de plomb;

3° Le carbonate de plomb, ainsi obtenu, humide encore et retenant de grandes quantités d'acétate non décomposé, était transporté sur de vastes égouttoirs, à une apparence de solidité convenable; la céruse était empotée, puis séchée, mise en paquets ou en poudre, et livrée au commerce.

Influences délétères:

Maintenant cherchons à établir quelles peuvent être les influences délétères résultant de ces deux modes de préparations.

La céruse hollandaise se fait presque seule, une machine la détache des lames de plomb, et au moyen de pelles l'entasse dans des tonneaux.

Le maniement est, pour ainsi dire, nul; mais les émanations de poussière ne peuvent être évitées, et l'atmosphère en est certainement chargée.

Dans l'établissement de Clichy, tout passe par les mains des ouvriers.

La céruse une fois obtenue, commence l'opération du séchage : ce sont les ouvriers qui l'enlèvent des cuves à pré-

cipiter, ce sont eux qui la mettent en pots, et leurs mains sont en contact constant avec cette matière humide encore, et cette humidité n'est autre chose que de l'acétate de plomb liquide.

La plupart des débitans exigent la céruse enveloppée de papier, d'autres la voulaient en poussière, et leurs caprices coûtaient cher à nos ouvriers obligés de travailler au milieu d'une atmosphère toute de céruse.

L'acide carbonique en excès, se dégageait toujours dans l'atelier, malgré les cheminées d'appel. Plus lourd que l'air, il occupait les couches inférieures, et à une analyse exacte, l'atmosphère n'aurait pas présenté de complètes conditions de respirabilité.

Encore cet acide entraînait-il avec lui une portion d'acétate de plomb en vapeur, facile à reconnaître par le goût aigre de l'air respiré dans l'établissement.

D'après cela, il est facile de juger des dangers auxquels les ouvriers étaient exposés.

La présence constante de l'acétate de plomb est extrêmement nuisible, au point qu'il serait impossible de garder un ouvrier sain pendant quinze jours.

La céruse sèche, quoique mise en poudre, est absorbée bien plus lentement que l'acétate de plomb; encore cette absorption n'est-elle favorisée que par la transpiration des ouvriers, et elle est abondante quand il y a absence de mouvemens fréquens.

L'absorption pulmonaire est inévitable, elle a lieu en Hollande comme à Clichy, mais chez nous, il y a de plus tout l'acide carbonique en excès libre à l'air, et chargé d'humidité délétère.

Il est un fait, c'est que la préparation par voie humide est la plus dangereuse. Les accidens dans la fabrique par voie sèche sont bien plus rares, et ne présentent pas des caractères aussi affligeans.

Cette observation, je l'ai pu faire à Clichy, où l'on fabriquait à-la-fois de la céruse et du minium; un travail de quinze jours ruinait un ouvrier employé à la céruse, et les autres résistaient longuement, souvent quittaient sains l'établissement, mais emportaient avec eux leur peau teinte en rouge assez profondément, pour qu'un an après, il fût possible de les reconnaître.

Les accidens qui occupent aujourd'hui MM. les membres du conseil de salubrité, sont graves, inévitables peut-être; mais avant de frapper d'interdiction un établissement en faveur d'un autre, il serait bien de prendre une idée du genre d'ouvriers employés à Clichy; il est hors de doute qu'ils nous apportaient de plus de nos influences morbifiques, leurs dispositions physiques et morales.

Les travaux auxquels les ouvriers étaient soumis, exigeaient l'admission d'hommes seuls, point de femmes, point d'enfans.

Malgré les dangers de la fabrication, et la modicité du prix d'une journée (2 francs) jamais nous n'avons manqué d'hommes.

C'étaient ceux qu'à leur sortie des bagnes, la société rejetait loin d'elle.

Ceux qui flétris par l'opinion, conservaient encore cet instinct qui ne fait pas recommencer une vie, mais celui qui étouffe toute idée de suicide.

Ceux enfin à qui le malheur n'avait laissé que cette ressource unique.

Ainsi l'on peut voir par cette courte statistique, que nos ouvriers nous arrivaient avec des dispositions peu propres à les soutenir longuement au milieu de tant de causes de maladie.

Ils arrivaient usés par les fatigues, le chagrin et par la privation de nourriture saine et abondante, les excès de boissons étaient fréquens chez eux; comment résister lorsqu'ils reprenaient leurs travaux ivres aux trois quarts?

Non que je veuille prétendre que des hommes forts et bien portans demeureraient long-temps sains dans une fabrique de céruse. Le hasard a permis de faire cette triste expérience; ce qu'on a pu constater, c'est une lutte de quelques jours de plus contre la maladie.

Dans les hôpitaux de Paris, chaque jour l'occasion se présente d'étudier les maladies dites coliques de plomb, paralysie saturnine: aussi n'ai-je ici qu'à rapporter les symptômes, et les attaques subites observées dans l'établissement de Clichy.

Dès la huitaine de son entrée à la fabrique, un ouvrier présentait déjà les signes de la maladie à laquelle il échappait rarement; sa peau se colorait en jaune, ses yeux devenaient ternes, caves; tous les symptômes d'un ictère, constipation, de violentes coliques le forçaient de suspendre ses travaux. Douze à quinze jours s'étaient à peine écoulés qu'on était obligé de le transporter à Beaujon ou à la Charité.

Souvent et sans prodromes, ils étaient frappés de folie, d'autres tombaient en syncope et mouraient à l'établissement.

Des vertiges, semblables à ceux qui précèdent l'asphyxie, les prenaient tout-à-coup; sans doute l'acide carbonique jouait le plus grand rôle dans ces graves accidens.

Que de précautions nous avons prises pour conserver la santé aux ouvriers! s'ils eussent répondu à nos soins, peut-être eussions-nous gagné quelque chose sur ce fléau; mais rien de leur part, aucune propreté, aucune sobriété.

La première idée venue pour chasser la poussière, c'était l'établissement de courans d'air: on le fit, mais sans succès.

Chaque ouvrier recevait en entrant une paire de gants et une blouse, afin de garantir leurs mains et leurs corps de toute absorption cutanée; dépense inutile; ces objets étaient promptement volés, ou bien les ouvriers les refusaient, donnant pour raison qu'ils étaient gênés; d'ailleurs ces moyens ne pouvaient les garantir de l'absorption pulmonaire.

Un usage établi pour la fabrique de Clichy nous donnait des résultats assez satisfaisans; chaque quinzaine on changeait d'ouvriers, ils quittaient la fabrique, se livraient au dehors à d'autres occupations, et ainsi s'éloignait la maladie, qu'infailliblement ils auraient gagnée par un séjour plus prolongé.

Mais cet usage n'était praticable qu'aux portes d'une grande ville comme Paris, où l'excès d'une population oisive, mal famée, arrivait nécessairement à la fabrique; ailleurs, il eût

fallu opter entre la conservation des ouvriers, et un nouveau mode de préparer la céruse.

Un fait a été omis en parlant des précautions hygiéniques. Quelques personnes attachées, comme surveillantes à la fabrique, avaient reçu le conseil de prendre, comme préservatif, des bains sulfureux, des eaux de Barège pour boisson le matin, puis quelques pilules fondantes légèrement laxatives; ce régime leur réussissait très-bien, et pas une ne devint malade; il est vrai de dire qu'ils ne touchaient à aucun des produits.

Un médecin établi à Clichy était souvent appelé, lorsque de graves accidens arrivaient à la fabrique; alors il ne faisait que réparer le mal quand cela était possible; peut-être tous les accidens eussent été évités, si chaque jour les ouvriers avaient été soumis à la visite d'un médecin attaché à l'établissement; aux premiers symptômes il traiterait le malade ou l'enverrait aux hôpitaux.

Ce serait une mesure sage, peu ruineuse pour les propriétaires des fabriques de céruse, et qui paralyserait ces suites d'affections si terribles.

Le temps seul apportera à ces établissemens les modifications dont ils ont tant besoin; alors plus d'accidens funestes.

Sur les couvreurs et sur une société de secours mutuels qu'ils forment dans la ville de Paris;

PAR M. DESCAMPS.

(Extrait d'un Rapport manuscrit fait à la Société philantropique.)

Les nombreuses sociétés de *secours mutuels* que forment les ouvriers de cette capitale, en mettant en commun une petite partie de leurs gains pour ceux d'entre eux qui sont malades ou infirmes, refusent d'admettre les couvreurs parmi leurs membres. C'est au point qu'il n'y en avait pas un seul sur environ 4,500 individus de 150 professions diverses qui formaient 40 de ces sociétés dont j'ai pu examiner avec soin les registres. L'unique cause de cette exclusion est due aux blessures et aux accidens fréquens auxquels sont exposés les couvreurs. Les sociétés de secours mutuels ne veulent point compromettre leur avenir, en payant trop souvent à ceux-ci des indemnités de maladie représentatives de la journée de salaire. Aussi dans cette capitale, les ouvriers de cette catégorie sont-ils réduits à former entre eux des associations de secours mutuels.

Malgré toutes mes recherches je n'ai pu découvrir jusqu'ici que deux de ces associations.

La première s'est formée en 1802, sous le nom de *Société du Petit-Moulin*. Elle se composa d'abord d'une quarantaine de membres dont le nombre s'accrut ensuite, mais depuis quelques années il ne s'élève pas au-dessus de 50. Il m'a été impossible de me procurer des renseignemens plus détaillés sur cette société.

L'autre association de couvreurs, fondée le premier janvier 1815, a pris successivement les noms de *Société de la Montagne* et *de la Sainte-Trinité*. M. Lehasle, propriétaire, demeurant rue de la Montagne Sainte-Geneviève, fut son fondateur; et dès son origine elle se trouva formée de 44 membres, parmi lesquels M. Lehasle et deux autres comptaient comme honoraires, c'est-à-dire pour les contributions, mais point pour les secours. L'âge d'admission fut fixé de 21 ans à 45, la cotisation mensuelle à 1 fr. 50. c., et les secours pour maladie à 1 fr. 50 c. la journée, pendant les six premiers mois, et à 1 fr. pendant les six mois suivans. De plus, le sociétaire qui, au bout de cette année, restait infirme de manière à ne pouvoir travailler de son état, avait droit jusqu'à sa mort à une pension de 75 ou bien de 50 centimes par jour, suivant son âge. Enfin la société devait encore payer 25 fr. lors de chaque décès d'un membre, pour ses funérailles.

Jusqu'en 1822, le nombre des sociétaires ne s'éleva point à plus de 56. Mais le conseil municipal de la ville de Paris ayant fait don alors aux diverses associations de secours mutuels entre ouvriers, d'une somme de 50,000 fr., dont la société de la Sainte-Trinité reçut 300 fr. pour sa part, celle-ci vit comme les autres, par l'effet de cet encouragement, le nombre de ses membres s'accroître sensiblement en 1822 et en 1823.

Dès l'année 1819, on s'aperçut que les secours dus par la société à ses membres malades ou infirmes étaient trop considérables pour les recettes. Afin de conserver le niveau entre celles-ci et les dépenses, en 1824 la contribution mensuelle des membres fut portée à 2 fr., de 1 fr. 50 c. qu'elle était, et à dater de 1828 on exigea de tout récipiendaire une somme de 20 fr. pour droit d'admission. Il est vrai que les frais de funérailles furent alors presque doublés, c'est-à-dire élevés à 40 fr.

L'augmentation de 50 c. par mois ou de 6 fr. par année dans la contribution de chaque membre, permit à la société de marcher, mais sans qu'elle pût accroître beaucoup son capital. Son secrétaire, M. Villate, entrevoyant sa ruine dans le montant des pensions qu'elle payait ou devait payer plus ou moins prochainement, proposa plusieurs fois la réduction de ces pensions. Mais ce ne fut pas avant 1831 qu'il amena ses co-sociétaires à adopter cette mesure, par suite de laquelle la somme totale annuelle payée par la société pour les pensions de ses membres infirmes ou trop vieux ne peut pas s'élever à plus de 150 fr., qui sont partagés entre tous les ayant-droit. M. Villate a bien senti que ce n'était pas là la seule amélioration à introduire, et qu'il fallait aussi graduer le droit d'admission des récipiendaires d'après leur âge; mais il a pensé qu'il fallait, pour en faire la proposition, attendre qu'il eût fait passer sa conviction dans l'esprit d'un certain nombre de membres de la société. Elle se composait au 31 décembre 1831 de 68 individus, et elle avait en caisse une somme totale de 6,858 fr. 40.

Avant de parler de la fréquence des maladies et des accidens parmi les membres de cette société; disons quelques mots sur les ouvriers couvreurs de Paris, considérés en général.

On en compte environ 400, dont les trois quarts sont établis dans cette capitale. Le reste n'y demeure que pendant la saison des travaux, c'est-à-dire depuis le mois d'avril jusqu'à celui de novembre; et il est remarquable que ces

derniers appartiennent pour la plupart aux départemens de l'ancienne province de Normandie, et plus particulièrement à ceux de la Manche et du Calvados.

Le salaire habituel des compagnons couvreurs est de 4. fr. à 4 fr 50 c. Mais il augmente quelquefois après les orages ou les tourmentes atmosphériques qui endommagent la toiture d'une grande quantité de maisons. Néanmoins, comme les travaux courans ne suffisent pas toujours à employer tous les couvreurs, et qu'il y a, en outre, des saisons où ces travaux sont à-peu-près impraticables, il ne faut compter pour chaque ouvrier, terme commun, qu'environ 200 journées de travail par an, ou 8 à 900 fr. de salaires. Je tiens de l'un d'eux, qui passe pour bon ouvrier et pour un homme très-rangé, qu'il n'a jamais pu gagner plus de 1000 fr. dans les meilleures années. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des compagnons.

Ainsi, 1000 fr. par an, voilà tout ce que peut espérer l'ouvrier couvreur le plus laborieux de Paris. Et pour ce salaire il s'expose chaque jour à tomber du haut d'un toit, à être tué raide sur le pavé, ou bien, ce qui est plus redoutable pour lui, à se briser les membres, à souffrir pendant le peu de jours qu'il lui est donné de vivre après sa chute, ou encore à rester infirme, incapable de travailler, par conséquent dans la misère la plus profonde, lui et sa famille.

Voici maintenant des faits qui sont particulièrement du domaine des *Annales d'hygiène;* ils résultent du dépouillement des registres de la société des couvreurs de la Sainte-Trinité.

Pendant 17 années consécutives, commençant au 1er janvier 1815, et se terminant avec le 31 décembre 1831, cette société a compté 188 membres contribuant à ses frais, et tous, hormis trois, de la profession de couvreurs. Les relevés faits avec soin pour ces 17 années, considérées dans leur ensemble comme n'en formant qu'une seule, donnent, déduction faite des pensionnaires, des renominations et des radiations opérées sur les registres, 1087 individus, ou 64, population moyenne annuelle, se classant comme il suit pour l'âge.

156	âgés de	21	ans à	30
394	—	31	—	40
340	—	41	—	50
128	—	51	—	60
55	—	61	—	70
14	—	71	—	80
1087				

Pendant le même intervalle de temps la société a payé à ses membres 7590 journées de maladie, ou terme commun, 69,8/100 à chacun par année.

Ces 7590 journées de maladie se sont distribuées entre les différens âges comme il suit :

AGE des malades.	NOMBRE des journées de maladie de chaque catégorie d'âge.	NOMBRE des malades qui les ont fournies.
21 à 30 ans.	325	24
31 — 40	2,424	93
41 — 50	2,495	88
51 — 60	1,193	42
61 — 70	644	14
71 — 80	509	8
	7,590	269

C'est, proportions moyennes annuelles :

Pour les individus âgés de...	1 malade sur...	Durée des maladies pour chaque individu.	Durée des maladies pour chaque malade.
21 ans à 30	6. 50	2. 08 jours	7. 79 jours
31 — 40	4. 23	6. 15	26. 06
41 — 50	3. 86	7. 34	28. 35
51 — 60	3. 05	9. 32	28. 40
61 — 70	3. 93	11. 71	46. 00
71 — 80	1. 75	36. 35	63. 62
Sans distinction d'âge . . .	4. 04	6. 98 (1)	28. 22

En comparant la durée des maladies chez les couvreurs, à celle qu'une suite d'observations m'a fait connaître pour l'ensemble des ouvriers de Paris, je trouve peu de différence. Toutefois la moyenne durée des maladies est plus longue pour les couvreurs avancés en âge que pour les autres ouvriers également âgés. Mais en masse, ou lorsqu'on ne fait aucune distinction d'âge, c'est tout le contraire; car nous trouvons 7 journées de maladies annuelles (6. 98), au lieu de 7 1/2 à près de 8.

Remarquons d'ailleurs que la moyenne commune attribuée ici aux couvreurs de la société de la Sainte-Trinité, résulte

(1) Cette colonne est la seule de ce tableau que M. Descamps ait introduite dans son travail. J'ai, avec sa permission, ajouté celle qui précède et celle qui suit, dont j'ai facilement calculé tous les nombres à l'aide des données précédentes. On reconnaîtra, dans les résultats de ce tableau, la confirmation parfaite de plusieurs faits que j'ai consignés dans un mémoire sur la durée des maladies aux différens âges, appliquée à l'organisation des sociétés de secours mutuels. Voy. le tome II de ces *Annales*, p. 241 — 267. VILLERMÉ.

de toutes les indemnités qui leur ont été accordées pour maladies. Il reste maintenant à déterminer quelle est, dans cette proportion, la part des maladies ordinaires et celle des accidens ou blessures.

Les registres de la société ne permettent pas de faire cette recherche pour une époque qui remonte au-delà du 1er janvier 1822; mais depuis lors jusque et compris le 31 décembre 1831, le nombre des journées d'indemnités payées pour des maladies provenant de blessures ou accidens survenus dans l'exercice de la profession, a été de 1148. A l'aide de cette donnée et en ayant égard au nombre des ouvriers qui composaient la société avant 1822 et depuis, ainsi qu'à des faits présens dans la mémoire des anciens membres, nous pouvons, sans crainte d'erreur en plus, évaluer à 1650, ou à 22 sur 100, le chiffre des journées de maladies, que la société a dû payer, depuis sa formation, pour les seuls accidens ou leurs suites.

Si l'on déduit ces 1650 des 7590 qui ont été constatées tout-à-l'heure, il reste 5940 pour le cas de maladies naturelles, ou, terme moyen général annuel, 5,467100 par individu. Cette moyenne durée des maladies est fort inférieure à celle de 7 1/2 à près de 8 jours que j'ai trouvée d'après un nombre assez considérable d'autres observations faites sur l'ensemble de beaucoup de sociétés de secours mutuels entre les ouvriers de la ville de Paris. Il en résulte que sans les terribles accidens auxquels sont exposés les couvreurs, leur profession donnerait peu de prise aux maladies. Ainsi semble justifié ce dicton populaire : *couvreur, état salubre, travail lugubre.* Les registres de la société de la Sainte-Trinité mentionnent 56 accidens à dater de 1822, et depuis 1815, époque de sa formation, 34 décès, parmi lesquels, on ne peut le dire sans effroi, 16, ou près de la moitié, ont été occasionés par des chutes. Dans ce dernier nombre, la mort a eu lieu 9 fois immédiatement.

Ainsi, voilà une profession qui pendant son exercice a presque doublé les chances de mourir; et pourtant cette profession ne manque pas d'ouvriers, bien qu'elle n'offre aucune de ces compensations, réelles ou prestigieuses, contre lesquelles les hommes ont toujours joué leur vie et la joueront toujours.

NOTE *de l'un des rédacteurs.*

J'ai sous les yeux un mémoire manuscrit de M. le docteur Lombard, de Genève, concernant l'*influence des professions sur la durée de la vie.* J'y lis que sur 26 couvreurs qui sont morts à Genève, depuis l'année 1796 jusqu'à 1830, sept ou les o 27 ont succombé à des chutes ou bien à des suites de chutes. C'est, d'après M. Lombard, dans la profession de couvreur, qu'il y a, toute proportion gardée, le plus de ces morts violentes accidentelles. Les emmenageurs, les bateliers et les maçons, qui viennent ensuite pour la fréquence de ce genre de mort, en ont compté 13 et 10, au lieu de 27, sur 100 décès totaux.

Ajoutons que si l'on se donne la peine de rapprocher du travail qu'on vient de lire celui qui a été publié en 1829 dans le second volume de nos *Annales* sur la durée moyenne des maladies aux différens âges et sur l'application de la loi de cette durée et de la loi de la mortalité à l'organisation des sociétés de secours mutuels, on sera frappé de voir tous les faits particuliers observés par M. Deseamps sur la société des couvreurs qui a été le sujet de ses recherches, confirmer, sans une seule exception, les résultats établis comme généraux dans le mémoire sur la durée moyenne des maladies aux différens âges.

VILLERME.

Application du système des fosses-inodores, ou renouvellement de l'air dans la cale des vaisseaux. par M. KERAUDREN.

On a reconnu il y a long-temps le besoin de renouveler l'air dans la cale des vaisseaux. Différentes machines ont été imaginées dans ce but et aucune d'elles n'a encore satisfait à toutes les conditions; l'appareil de Wuetig, que j'avais aussi proposé et qui a d'ailleurs beaucoup de rapports avec celui dont il est ici question, a été exécuté et mis, avec succès, en pratique à bord de *la Pomone* par M. le commandant Fleuriau, si soigneux de la santé des marins placés sous ses ordres. C'est la seule circonstance dans laquelle on en ait fait usage, ce qu'il faut peut-être attribuer à l'embarras de placer et déplacer ce fourneau. En effet, tout appareil étranger à la manœuvre du vaisseau, qui occasionne le moindre encombrement ou qui doit être mis en action par le plus petit nombre d'hommes finira par être abandonné. Cependant le moyen indiqué dans cette notice est si simple qu'il échappe aux objections ordinaires; il éprouvera probablement d'autres contradictions, mais je dois faire observer qu'il n'y a ici de ma part aucun amour-propre d'auteur, puisque le procédé que je propose ne m'appartient pas. Je ne suis donc mû que par la conviction de son utilité, et je me borne à désirer qu'on ne préjuge pas ses résultats et qu'ils soient avant tout constatés par l'expérience.

La cale des vaisseaux peut-être considérée comme un vaste réservoir où l'air s'altère par la putréfaction de l'eau qui s'y rassemble et par la fermentation des diverses substances alimentaires, etc., qui y sont contenues. Il s'en dégage continuellement des vapeurs, des gaz, en un mot des effluves malfaisantes qui se répandent dans le faux-pont, dans les batteries et ne sont pas sans influence sur la production des maladies les plus graves. Trouver le moyen de renouveler l'air dans la cale, en ménageant une autre issue aux vapeurs délétères qui s'y engendrent, serait donc un des procédés les plus favorables au maintien de la santé des équipages. Or, on voit, par ce qui vient d'être dit, qu'il y a une grande analogie entre la cale des vaisseaux et les fosses, d'où s'exhalent aussi des émanations fétides d'une autre nature; mais ces fosses ont, depuis quelques années, été rendues inodores par un procédé bien simple. Ce procédé ne serait-il pas applicable à la cale des vaisseaux et ne serait-il pas utile de juger de ses effets par quelques expériences? Le moyen par lequel on a si complètement réussi à rendre inodores les fosses d'où sortaient les

vapeurs animales les plus infectes est bien connu : il se borne, si je ne me trompe, à faire communiquer l'intérieur des fosses avec une cheminée, ou avec un autre tuyau dans lequel l'air se trouverait raréfié par l'action du feu. Cela me paraitrait d'une exécution assez facile, puisque le tuyau métallique partant de la cale pourrait aller s'ouvrir dans la cheminée même de la cuisine du bâtiment.

Il est néanmoins une condition essentielle au succès de cette opération : c'est que le diamètre du tuyau et de son ouverture aient les mêmes dimensions que l'ouverture par laquelle l'air extérieur doit pénétrer dans la cale. Pour cet effet, la cale étant fermée, l'air extérieur s'y introduit par une ouverture pratiquée à l'écoutille et c'est cette ouverture, ou lunette, dont le diamètre doit correspondre à celle du tuyau. Il s'établit ainsi un courant, et tandis que l'air de la cale est renouvelé par celui qui s'y précipite par l'ouverture de l'écoutillon, l'air altéré qui y séjournait, traverse pour se porter au dehors, le tuyau qui communique avec la cheminée, où il est en même temps appelé par la raréfaction que nous avons dit être produite par la chaleur ou l'action.

Cette installation me paraitrait devoir procurer de nombreux avantages : elle pourrait s'exécuter immédiatement après la construction du vaisseau, ou à l'époque de l'armement; elle resterait ensuite en place pendant un temps indéfini; son action en quelque sorte silencieuse ne serait jamais interrompue, sans qu'il soit nécessaire d'y employer l'action des bras, ni aucune machine embarrassante par elle-même, et souvent plus encore par ses accessoires, dans la composition desquels entre communément le cuir ou des peaux si promptement rongées par les rats, ou qui, se pénétrant d'humidité, moisissent et répandent ensuite dans le bord, une odeur désagréable.

On trouvera peut-être dangereux de faire communiquer la cale avec la cheminée du vaisseau, mais, pour prévenir toute appréhension à cet égard le tuyau peut être coudé avant de s'adapter à la cheminée et l'on pourrait placer dans son intérieur une ou deux toiles métalliques, d'un réseau assez serré pour opposer aux flammèches une barrière insurmontable; on sait au surplus qu'entraînées par le courant d'air de la cheminée, elles tendent toujours à monter et non pas à descendre.

Enfin, comme la cale est d'une grande étendue, sur les vaisseaux du premier rang, si l'on croyait que l'air ne pût pas s'y renouveler complètement à l'aide d'un seul tuyau, on pourrait en placer un second à son autre extrémité, en le faisant aboutir à un fourneau portatif placé à cet effet dans l'une des batteries; bien entendu que, de ce côté, la cale resterait aussi fermée, à l'exception de l'ouverture pratiquée dans l'écoutillon, comme il a été dit. Il est néanmoins probable que le premier tuyau une fois en place et agissant sans interruption suffira même sur les bâtimens de la plus grande dimension.

J'ai cru devoir proposer de soumettre à l'expérience dans un de nos ports, le procédé que je viens d'indiquer, soit que l'on se borne à un seul tuyau, soit que l'on juge convenable, selon la force du bâtiment, d'établir deux conduits, dans l'espoir d'obtenir plus d'effet de leur action combinée, ou alternative, dans le cas possible où l'un des courans pourrait être contrarié par l'autre et réciproquement.

MÉDECINE LÉGALE.

FAUX EN ÉCRITURE. — RAPPORT A CE SUJET.

Les faux en écriture se multipliant d'une manière effrayante, nous croyons devoir faire connaître des rapports indiquant les opérations mises en pratique dans l'examen des actes falsifiés.

PREMIER RAPPORT.

Faux sur un diplôme de docteur en médecine.

Nous, soussignés, Barruel et Chevallier, vu l'instruction établie contre le nommé Pierre B... inculpé de fabrication de faux diplôme de docteur en médecine, chargés « de procéder par les moyens donnés par la chimie, pour faire reparaître sur le diplôme où se trouvent actuellement les noms de B..., son lieu de naissance et son âge, les noms, les lieux de naissance et l'âge de la personne à qui, dans l'origine, le diplôme à été delivré, afin de reconnaître si ce diplôme ne serait pas entre les mains du sieur B... par les résultats d'une soustraction frauduleuse, ou de tout autre crime; » avons procédé à l'examen de ce diplôme soumis à nos investigations. Voici ce qui résulte de ce travail. L'application du papier du tournesol rougi et mouillé : 1° sur la partie du diplôme désignée par le n° 1; 2° sous la signature Villemain; 3° sous le nom B...; 4 sous le mot Eymoutiers, nous a démontré qu'on avait touché avec un alcali ou une substance acaline les places occupées par les mots B..., *Eymoutiers Haute-Vienne*, 17 *mai* 1790, et par le mot B.. répété à la 10e ligne enfin par le n° 780.

En effet, le papier de tournésol rougi et mouillé, placé sur les parties du diplôme a repris de suite sa couleur bleue primitive ce qui n'est pas arrivé lorsqu'on a placé le même papier sur la partie du diplôme portant n° 1 et sous la signature Villemain.

La rétraction du parchemin sur lui-même, et la teinte qu'il présente dans les parties supportant les mots B... *Eymoutiers*, 17 *mai* 1790, 780, B... sont encore des indices que ce diplôme a été traité de manière à enlever une écriture pour en substituer une autre.

Voulant nous assurer de ce fait, nous avons touché toutes les parties paraissant lavées, avec un pinceau imprégné d'acide gallique pur; y revenant à plusieurs reprises, la teinte prise par les parties du diplôme au moment où le toucher a été pratiqué, nous a indiqué qu'il y avait eu sur ces parties des traces d'ancienne écriture, En effet, au bout de quelque temps le réactif a fait ressortir plusieurs traces d'anciens traits d'écriture.

Sachant combien était longue la réapparition à l'aide des réactifs des écritures enlevées, par des procédés chimiques, nous avons touché de nouveau et à plusieurs reprises sur les lieux déjà désignés avec l'acide gallique, puis nous avons examiné l'effet de cet acide, laissé réagir et touché de nouveau à diverses reprises. L'heure étant avancée nous avons

remis au lendemain pour continuer nos opérations.

Le lendemain et jours suivans, nous avons touché de nouveau et examiné le diplôme, mais sans obtenir un grand succès : quelques lettres seulement ont reparu ; mais elles ne peuvent faire connaître la personne à laquelle le diplôme, sujet de notre examen a été délivré.

Un examen bien attentif et prolongé nous a fait cependant remarquer : 1° sous le mot B... *Pierre*, 7me ligne, quelques traces d'ancienne écriture ; 2° sous le mot *Eymoutiers* des traces d'ancienne écriture et particulièrement un jambage entre les lettres *E* et *y* du mot *Eymoutiers*, 3° des traces d'ancienne écriture sous les mots *la Haute-Vienne*, 8e ligne et particulièrement sous le mot *Vienne ;* 4° sous le mot *mai* de la huitième ligne on remarque plusieurs jambages de l'ancienne écriture qui semblent indiquer que le mot *mai* a été substitué au mot *avril*. 5° sous la lettre B du mot B... de la 9e ligne, on remarque encore la trace d'une lettre, 6° enfin, à la 18e ligne, on remarque que le n° 780 a été modifié : ainsi on reconnait dans le chiffre 8 la queue d'un 6 qui existait primitivement ; le o du chiffre 780 nous paraît avoir été chargé d'encre ; mais n'avoir pas été changé, il est de même du chiffre n° 7 qui ne nous semble pas avoir été modifié. De ces faits, il résulte :

1° Que le diplôme qui nous a été soumis a été falsifié, et qu'on a enlevé une écriture primitive pour y substituer celle qui existe maintenant et qui désigne le nommé B... comme titulaire de ce diplôme ;

2° Qu'il ne nous a pas été possible de faire renaître l'ancienne écriture ; mais seulement quelques traces de cette ancienne écriture ;

3° Qu'il est probable que le chiffre 780 qui est le chiffre universitaire, a été modifié seulement et que ce chiffre primitif était le n° 760 ou 763 ; que cette probabilité pourrait être vérifiée dans les bureaux de l'Université.

Paris, le 16 janvier 1832.

SECOND RAPPORT.

Faux sur un congé.

Nous, Chevallier, etc., Attendu l'ordonnance *qui établit qu'il est nécessaire de vérifier et constater s'il avait été commis un faux, sur un congé délivré au nommé N. P., et qui nous charge de nous assurer si après les mots* LE SERVICE ACTIF PAR LA LOI imprimés sur le congé, *il ne se trouverait pas de traces d'une écriture de la mention : marié le 4 décembre* 1832, etc., *et de dresser un procès-verbal de nos opérations.*

Examen du congé.

Ce congé, délivré le premier décembre 1832, est doublé dans la partie moyenne et en croix par deux bandes de papier formées de plusieurs morceaux, et qui s'étendent sur le milieu du congé dans sa longueur et dans sa largeur.

Ces bandes de papier qui ont près de 4 centimètres de largeur semblent au premier aspect, avoir été collées sur le congé pour rejoindre le papier supportant le congé, papier qui se serait déchiré par suite des plis répétés qu'on lui aurait fait subir ; mais en examinant très-attentivement le papier collé on croit apercevoir que ce congé n'est pas déchiré et que la bande placée dans la longueur n'a pas été placée dans le milieu de cet acte. En effet à partir du milieu de ce papier, la bande présente une doublure de la hauteur de six millimètres vers la partie supérieure, tandis que la doublure vers la partie inférieure est de trois centimètres, de manière que la partie du papier sur lequel on signale un enlèvement d'écriture se trouve entièrement doublée et même dépassée par le papier servant de doublure qui descend au-dessous de la ligne d'environ un centimètre et demi.

Le papier supportant le congé, examiné avec attention à la loupe dans toutes ses parties, offre des différences. En effet à l'extrémité de la ligne se trouvent les mots imprimés *pour le service actif par la loi*, on remarque que le papier a été gratté ; dans les autres parties de la ligne, le *grattage* n'est pas aussi apparent.

Le congé examiné, après avoir été placé entre l'œil et la lumière, laisse apercevoir des traces de faiblesse dans le papier, faiblesse attribuée à un amincissement, qui se présente sous forme d'une marbrure, qui, à partir des mots *actif par la loi*, se prolonge jusqu'à la fin de la ligne.

Examen du congé à l'aide du papier de tournesol.

Le papier supportant le congé a été ensuite soumis à divers essais avec le papier de tournesol rouge et bleu, mouillé, dans le but de connaître s'il était plus acide dans les parties affaiblies que dans d'autres.

Ces essais, répétés à plusieurs reprises, n'ont produit rien de concluant : ainsi on a remarqué dans quelques parties des traces d'acidité, mais elles étaient si faibles qu'on ne peut les attribuer 1° qu'à ce que ce congé a été touché par des mains qui auraient été imprégnées de substances acides, *de colle, par exemple*, ou bien à la colle elle-même qui se serait insinuée dans les pores du papier.

Le papier a ensuite été examiné à l'aide de l'acide gallique ; mais l'usage de cet acide a montré qu'on n'avait pas fait usage des réactifs pour altérer ce congé, et que des caractères écrits n'avaient point été enlevés à l'aide d'agens chimiques.

Examen du papier à l'aide de l'eau.

Les parties du papier sur lesquelles nous avions remarqué des espèces de marbrures et les parties environnantes ont été mouillées avec de l'eau distillée, chauffée à 100° centigrades ; le *mouillage* ayant été opéré à plusieurs reprises à l'aide du pinceau, nous remarquâmes que ces amincissemens devenaient plus visibles, et que les marbrures que nous considérions comme provenant du grattage était plus évidentes.

Pensant qu'il serait plus facile de reconnaître, s'il y avait eu grattage, ce que nous soupçonnions, si nous pouvions enlever une partie des bandes de papier collées sur le congé, nous mouillâmes une partie de ces bandes, dans la longueur ; nous laissâmes l'eau en contact pendant quelque temps, puis quand l'eau eut pénétré, nous mouillâmes de nouveau

la bande à l'aide d'un pinceau. Ce manège, répété pendant plus de deux heures et demie, nous permit d'enlever une portion de l'une des bandes qui recouvrait le papier aminci, nous reconnûmes alors : 1° que cette bande de papier avait été collée sans nécessité, puisque le papier supportant le congé n'était pas coupé par suite du pliage répété ; 2° que la faiblesse que nous avons remarquée dans le papier se prolonge de manière à former une ligne à partir des mots imprimés *pour le service actif par la loi.*

Nous ferons remarquer que quel que soit le soin que nous ayons mis à enlever la bande collée, nous avons détaché une partie de l'épiderme du papier du congé sous les mots *comme remplaçant un jeune soldat* (ligne onzième), ce qui donne lieu à de la transparence. De ce qui précède il résulte pour nous :

1° « Qu'il y a eu grattage sur l'une des parties du congé » du sieur P... ; 2° que ce grattage a été fait sur la partie » du papier qui aurait supporté les écritures formant une ligne » suivant les mots imprimés, *pour le service actif par la* » *loi ;* 3° que les bandes de papier, collées en croix sur le » congé n'avaient pas pour but de rapprocher les parties de » cet acte, puisque les parties n'étaient pas séparées. »

Paris, le février 1834.

TROISIÈME RAPPORT.

Faux sur certificat de libération du service militaire.

Nous, Chevallier, etc. chargés de réconnaître quels sont les procédés chimiques à l'aide « desquels le certificat de » libération a été mis en usage par suite de la disparition » d'une mention qui avait été faite sur ce dit certificat, sous » la première ligne et à gauche de ces mots : *classe de* 1830, » à l'aide d'un timbre énonçant que le libéré était impropre » au service militaire, et de rédiger un procès-verbal des » expériences faites et de leurs résultats. »

Examen du certificat.

L'examen de ce certificat nous a démontré que sous la première ligne et entre le mot CERTIFICAT et les mots LE SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL, on a fait subir au certificat une opération qui avait pour but de faire disparaître une mention qui semblait avoir été appliquée avec une griffe, puisqu'elle a refoulé les molécules du papier, et laissé des traces, qui se reconnaissent à l'aide de la transparence, qui peut s'apercevoir avec une très-grande facilité en plaçant le certificat entre l'œil et la lumière.

Ces traces démontrent que la mention se composait de quatre lignes, toutes de longueur inégales ; la première est très-courte, la seconde beaucoup plus longue, la troisième l'est moins que la seconde et la quatrième est très-courte ; un examen attentif nous a fait reconnaître dans la partie transparente, formant la dernière ligne, le mot *Seine ;* mais malgré tous nos efforts nous ne pûmes rien déchiffrer dans les autres mots formant la mention.

L'examen du papier supportant le certificat, démontre encore que la partie où était la mention enlevée a été grattée : en effet, l'examen de la surface du papier, soit à l'aide de l'œil seulement, soit à l'aide d'une loupe, démontre que le papier est uni dans toute la surface du papier supportant le certificat, à l'exception de la partie qui a reçu la mention ; cette partie est couverte d'aspérités qui démontrent que cette partie du papier a subi une opération qui a eu pour but d'enlever l'épiderme du papier sur lequel était la mention qui a laissé de la transparence.

Une partie du papier formant le certificat a été mouillée par de l'eau distillée, à l'aide d'un pinceau ; cette opération a démontré qu'il y a eu affaiblissement du papier, dans la partie où la mention a été enlevée. En effet, cette partie du papier absorbe l'eau avec une plus grande promptitude que ne le font les parties environnantes. Voulant savoir si on s'était servi d'un acide ou bien d'un alcali pour enlever cette mention, pour saturer les traces d'acide employé, nous appliquâmes sur la partie altérée deux papiers de tournesol, l'un rouge, l'autre bleu ; le papier bleu ne fut pas altéré, le papier rouge fut bleui, ce qui indique sur le certificat l'emploi d'une substance alcaline. Pensant que cet alcali pouvait avoir été employé à saturer un acide, nous lavâmes le papier à l'aide de l'eau distillée, puis nous l'essayâmes, par les réactifs le nitrate d'argent, l'hydrochlorate de baryte : nous reconnûmes que le nitrate d'argent donnait lieu à un louche sensible indiquant la présence de l'acide hydrochlorique. Un petit morceau de papier détaché du bord du certificat près de la lettre *C* de ce certificat donnait aussi un louche avec le nitrate d'argent, ce qui semble indiquer soit l'emploi d'un acide et d'un alcali pour saturer les traces d'acide, soit d'un chlorure alcalin, d'un produit connu sous le nom *d'eau de javelle.* Ne voulant appliquer aucun réactif sur ce certificat avant de savoir quelle pouvait être la nature de l'encre qui avait servi à faire la mention, nous nous trouvâmes dans la nécessité de faire des recherches pour savoir quel était l'encre mise en usage pour faire de semblables mentions. A cet effet nous nous présentâmes à la préfecture de la Seine, au bureau militaire : là il nous fut indiqué que la mention enlevée, ne pouvait être que celle qu'on applique sur les papiers des hommes reconnus impropres au service par le conseil de révision, que l'application de ces mentions est prescrite par « l'ancien manuel du recrutement » qui, dans l'article 882, s'exprime ainsi : « lorsque le conseil de révi- » sion refuse d'admettre un homme comme impropre au » service, le président du conseil doit avoir soin de faire » écrire sur les pièces produites par cet homme les mots » qui suivent : le sieur *** a été refusé comme remplaçant » par le conseil de révision du département. »

Nous examinâmes la griffe employée pour le département de la Seine pour satisfaire à l'exigence de l'article 882 précité, et nous reconnûmes qu'elle portait en quatre lignes les mots suivans :

Refusé
pour remplaçant
dans le dépt. de la
Seine.

Nous sûmes aussi que cette griffe était appliquée après avoir été enduite d'une encre grasse qu'on prend sur un tampon.

Connaissant la nature de l'encre mise en usage pour faire la mention, nous opérâmes de la manière suivante, dans le but de rechercher si nous ne pouvions pas faire renaître la mention enlevée, nous enduisîmes du papier d'une matière colorante rouge, en ayant soin de bien la fixer sur le papier pour que pendant l'opération cette matière colorante ne pût tacher le papier; nous fîmes chauffer un fer à repasser, nous plaçâmes le papier coloré sur la partie du certificat où la mention avait été enlevée, puis le fer fut placé sur le papier : nous espérions par ce moyen faire remonter l'huile s'il en existait encore dans le papier; mais notre opération, répétée à plusieurs reprises, démontra que la matière grasse avait été parfaitement enlevée et qu'il n'en restait plus. Nous fîmes quelques essais à l'aide de l'alcool, de l'éther et de l'essence distillée de térébenthine; mais il furent tous inutiles.

Des expériences qui précèdent il résulte pour nous :

1° Que le certificat que nous avons eu à examiner contenait une mention formant 4 lignes dont la dernière contenait le mot SEINE;

2° Qu'il est probable que cette mention a été enlevée soit à l'aide d'un acide, l'acide hydro-chlorique, saturant ensuite par un alcali, ou bien par un alcali ou par un chlorure alcalin (l'eau dite de javelle);

3° Mais que l'emploi d'un acide, d'un alcali, ou d'une eau dite de javelle (un chlorure alcalin), n'a pas été suffisant pour enlever la mention et qu'il a fallu avoir recours à un autre corps qui a enlevé une partie du papier; ce qui a donné lieu aux aspérités ou *écorchures* qu'on remarque sur la partie du certificat où la mention existait.

Paris, le 17 décembre 1833.

QUATRIÈME RAPPORT.

Facture arguée de faux.

Nous, Chevallier, etc., chargés, 1° de procéder à l'examen d'une facture arguée de faux, et par comparaison d'un papier de facture de la maison C., papier dans son état naturel, et qui a été produit par le sieur B., aux vérifications nécessaires pour constater l'altération si elle existe, sur le papier de la facture arguée de faux, et en même temps s'il est possible de désigner la substance qui aurait servi à cette altération;

2° Aux opérations nécessaires pour constater si sur la pièce en question il existait antérieurement des écritures auxquelles on en aurait substitué de nouvelles, c'est-à-dire, celles qui s'y trouvent en ce moment.

La facture arguée de faux est excessivement mal-propre; mais elle ne présente pas de taches annonçant le lavage, même après qu'on y a passé un fer à repasser convenablement chauffé.

Cette facture a été touchée avec des pinceaux trempés dans de la teinture de tournesol bleuie et dans de la teinture de tournesol rougie par un acide; il en a été de même de la facture neuve.

Après deux heures de contact, les touches apposées sur les deux factures ont été examinées comparativement, et on reconnut qu'il n'y avait pas de différence notable dans la manière dont les papiers avaient agi sur les teintures de tournesol rouge et bleuie.

Nous laissâmes de nouveau réagir pendant un plus long espace de temps, puis nous examinâmes de nouveau les deux factures; nous ne reconnûmes pas dans la manière de se conduire des deux papiers factures, l'un non altéré, l'autre argué de faux, aucun caractère, aucune différence qui pût indiquer qu'on eût fait usage sur le papier argué de faux, d'un liquide, soit alcalin, soit acide; nous observâmes en outre, 1° que le papier des factures et très-fort et bien collé, que ce papier lavé au chlore supporterait une écriture nouvelle, sans que ce papier eût besoin d'être collé de nouveau, et sans que l'encre s'étendît sur ce papier. Cette remarque se vérifie par des essais faits sur la partie A de la facture signée B., sous le mot monsieur, le mot Chevallier a été écrit puis enlevé à l'aide du chlore. Nous observâmes en outre, 2° que le papier n'avait pas une odeur particulière que conserve le papier lavé avec le chlore.

Une autre expérience fut aussi faite comparativement sur les deux factures avec une solution de ferro-cyanate de potasse, étendue à l'aide d'un pinceau; l'emploi de ce moyen ne nous fit pas reconnaître dans la facture arguée de faux, l'emploi d'un réactif susceptible d'enlever l'écriture.

Ces opérations étant terminées, nous mouillâmes le papier des deux factures, puis nous examinâmes ces deux factures comparativement, pour voir la manière dont les papiers étaient mouillés; nous reconnûmes que ces papiers ne s'étaient pas imprégnés d'eau de la même manière; en effet le papier de la facture signée B., non argué de faux, se mouillait presque également partout, tandis qu'il n'en est pas de même du papier supportant la facture arguée de faux. Le papier de cette dernière, absorbe l'encre plus facilement dans diverses parties : en termes vulgaires, *le papier boit*, ce fait est facile à remarquer et il pouvait être d'avance constaté, puisque l'écriture qui existe sur cette facture est semblable à l'écriture qui serait tracée sur du papier non collé : en effet, les traits de l'écriture se sont élargis, ne sont pas nets, cette manière de se conduire du papier, semble indiquer qu'il a été gratté en diverses parties, et si on considère et compare les énonciations du corps de la facture, on voit que ces énonciations ne sont pas d'une écriture semblable à celle du *pour-acquit*. Ces énonciations présentent une configuration toute différente, que nous croyons pouvoir attribuer au grattage du papier. Pour nous mettre à même d'établir cette opinion, nous avons gratté en trois places différentes *B. B. B.*, le papier de la facture, grattant plus ou moins fortement, puis nous avons tracé sur ces trois points le mot monsieur; nous reconnûmes que selon que le grattage avait été plus ou moins profond, l'écriture apposée après le grattage, prenait le caractère de l'écriture tracée sur du papier non collé; nous reconnûmes en outre que ce grattage pouvait être assez profond, puisque sous le mot monsieur *B.*, nous avons enlevé un mot que nous y avions tracé.

Ces essais étant terminés, nous fîmes sécher la facture arguée de faux, nous passâmes sur les énonciations du corps de la facture, une solution de ferro-cyanate de fer, à l'aide d'un pinceau, nous laissâmes ensuite réagir, repassant de

la solution à plusieurs reprises, la facture touchée fut, après deux jours de contact, examinée afin de reconnaître si on n'apercevrait point des traces d'une ancienne écriture; mais ces recherches furent inutiles. Voulant raviver l'encre ancienne, s'il y en avait, nous essayâmes de faire tremper la facture dans de l'eau faiblement aiguisée d'acide hydrochlorique; mais nous fûmes forcés de renoncer à l'emploi de cet acide très-faible, et de saturer promptement cet acide par un alcali, par la raison que les caractères auraient disparu et seraient devenus invisibles.

D'autres essais furent encore tentés, mais sans résultat.

Nous ferons remarquer que l'examen que nous avons à faire est d'autant plus difficile, que le dos de la facture arguée de faux, est couvert de signatures et d'écritures qui se font en partie apercevoir sur le recto de la facture, ce qui dans le cas de la réapparition d'anciennes écritures, aurait considérablement gêné l'expert.

De notre examen il résulte, 1° que nous ne pensons pas que la facture arguée de faux ait été lavée à l'aide d'agens chimiques pour enlever un corps d'écriture qui aurait existé primitivement sur cette facture;

2° Que l'élargissement des traits dans l'écriture des énonciations portées dans la facture, élargissement qui ne se fait pas remarquer dans les mots pour acquit, peuvent faire croire qu'il y a eu grattage d'une partie du papier de cette facture;

3° Qu'aucune des opérations que nous avons faites, n'a fait reparaître des traces d'une ancienne écriture;

4° Que les écritures, signatures en grand nombre qui se trouvent au dos de la facture arguée de faux, ont rendu l'opération plus difficile, et qu'il serait à désirer qu'en pareil cas, ces signatures et écritures, qui traversent le papier et plus particulièrement le papier qui boit, soient placées de manière à ce qu'elles ne se rencontrassent pas avec les écritures arguées de faux, puisqu'on aurait de la peine à reconnaître les lettres si on en faisait apparaître, et aussi parce que l'encre de ces signatures pénètre le papier susceptible d'absorber vivement l'encre et de *boire*.

CINQUIÈME RAPPORT.

Faux en écriture de commerce.

Nous, Barruel, et Chevallier, « vu l'instruction relative » à un faux en écriture de commerce, dénoncé par M. A. » D., et attendu qu'il est nécessaire de s'assurer, s'il est » vrai, qu'une paraphe qui aurait été apposée sur et au bas » du timbre imprimé qui se trouve en marge d'un aval ou » copie d'aval, au profit du Sr....., et les mots Paris le...., » la signature G..., au bas et plus bas encore, les mots » rue...., etc., et au dos, et au bas du bordereau, et à la » suite des mots qui sont indiqués, les mots qui se trou- » vent au bas d'une copie du premier aval ou copie d'aval, » qui sera jointe à celle-ci, ont existé, et s'ils auraient été » détruits au moyen de préparations chimiques, sur la pièce » en question; d'employer, serment préalablement prêté » conformément à la loi, les moyens fournis par l'art, soit » en présence, soit en l'absence du Sr A., pour découvrir » les paraphes, mots, chiffres et signatures qu'on prétend » avoir été tracés sur la pièce en question, et dans le cas » où aucune trace ne reparaîtrait d'examiner le papier pour » reconnaître si ce papier en totalité ou en partie, aurait » été altéré par des acides ou autrement depuis sa confec- » tion, et si l'encre de l'écriture aurait été altérée par les » mêmes moyens, et du tout dresser un procès-verbal dé- » taillé des opérations faites pour satisfaire à la mission qui » nous est imposée. »

Les experts se sont retirés dans le cabinet de l'un d'eux; là, ils ont examiné l'encre et le papier à l'œil et à la loupe, et ils n'ont reconnu aucun indice qui leur ait indiqué que le papier supportant l'aval suspecté ait été traité par les acides. En effet, ce papier est égal dans toutes ses parties et n'offre pas de traces d'altération; l'encre non plus ne présente aucune différence qui puisse faire penser que le papier ait supporté une opération chimique quelconque.

Le papier a ensuite été traité par l'eau distillée, et il s'est mouillé également dans toutes les parties, effet qui n'a pas lieu lorsque les papiers ont été lavés partiellement dans le but d'enlever une partie des écritures.

Le papier mouillé a ensuite été appliqué sur une feuille de papier joseph, qui a absorbé l'eau qui avait servi à mouiller l'acte; le papier joseph mouillé a ensuite été appliqué sur deux bandes de papier de tournesol, représentant la totalité de l'acte; l'une de ces bandes de papier était colorée en bleu par le tournesol, l'autre était colorée par le même produit, mais elle avait été rougie à l'aide d'un acide excessivement affaibli: le tout fut laissé en contact jusqu'au lendemain, puis examiné; les deux bandes de papier ne présentaient aucun caractère qui indiquât que le papier de l'acte suspecté avait cédé à l'eau, soit des acides, soit des alcalis.

L'acte séché fut ensuite lavé à plusieurs reprises, et plusieurs jours de suite dans les parties blanches, par une solution d'acide gallique à l'aide d'un pinceau; mais malgré tous nos soins, nous ne fîmes reparaître aucune trace d'écriture ou de traits d'ancienne écriture.

De ces expériences, il résulte pour nous, 1° que l'acte ou copie d'aval que nous avons eu à examiner, n'a subi aucun lavage; 2° qu'il nous est démontré que les parties blanches n'ont pas supporté d'écritures qui auraient été enlevées à l'aide de substances chimiques.

SIXIÈME RAPPORT.

Examen d'une pierre lithographique.

Nous, Chevallier et Lemercier, imprimeur lithographe; vu l'instruction commencée contre le sieur B... Pierre, inculpé de contrefaçon de billets de banque, « d'examiner » avec le plus grand soin et en employant tous les moyens » que leur art indique; 1° une pierre lithographique saisie » au domicile de l'inculpé, à l'effet de faire reparaître, s'il » y a lieu, les dessins et écritures qui auraient pu être tra- » cés sur cette pierre et reproduites au moyen de la presse;

» 2° des plumes métalliques au nombre de six trouvées en » la possession de B... , afin d'indiquer l'usage qu'on peut » faire de ces plumes en métal. »

La pierre saisie, a 27 centimètres (10 pouces) de longueur, sur 22 centimètres (8 pouces) de largeur, elle a été examinée avec la plus grande attention ; cet examen a conduit à reconnaître sur cette pierre : 1° quelques lignes et lettres : ainsi on lit les mots *Bon* suivi d'un signe 6, on voit le signe 31, suivi du chiffre 19 ; 2° quelques essais informes faits à l'encre lithographique ; 3° une petite tête faite au crayon à la plombagine.

Cette pierre a reçu primitivement divers essais à la plume, elle a ensuite été effacée et repréparée pour recevoir de l'écriture, ou des dessins à l'encre.

Cette pierre a reçu des dessins à l'encre : ainsi on voit 1° *à l'endroit souligné, à l'encre ordinaire*, des traces d'écritures illisibles, une trace d'écusson ovale sur le milieu de la pierre ; 2° à l'une des extrémités de cette pierre, on aperçoit un carré indiquant à-peu-près le talon d'un billet à ordre de commerce, qui se compose de deux lignes parallèles ayant 10 centimètres (4 pouces) environ de hauteur, et qui sont éloignées l'une de l'autre d'environ 3 centimètres (1 pouce) ; au centre de ces lignes, en hauteur et largeur, est un double cercle ; plus bas, la trace d'un dessin représentant l'extrémité d'une *ancre ;* 3° enfin quelques traces d'encre lithographique et des lignes ont été faites sur cette pierre. Des essais faits plusieurs jours de suite et à diverses reprises pour tirer des épreuves et découvrir ce qui avait été fait sur cette pierre, ont été inutiles ; et il est résulté de ces essais la conviction qu'il y a impossibilité de tirer des épreuves de ces travaux, attendu que le travail opéré sur la pierre n'a pas assez de relief. Ce qu'il y a de certain, et l'examen de la pierre le démontre, c'est qu'il y a un travail primitif de fait sur cette pierre, travail indiquant particulièrement le talon d'un billet.

L'examen des plumes a démontré que ces plumes sont semblables à celles qui servent à écrire sur pierre et que trois ont servi ; des traces d'encre se font remarquer sur le bec de ces plumes.

BLANCHIMENT DU PAPIER TIMBRÉ.

—

Rapport à ce sujet, par M. CHEVALLIER.

Nous, chargé par M... juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, « d'exa- » miner des feuilles de papier timbré, les unes couvertes » d'écriture, les autres blanches, à l'effet de déterminer si » ces papiers n'ont pas été altérés et s'ils ne contenaient pas » primitivement d'autres écritures qu'on aurait fait disparaître par des moyens chimiques et de les soumettre à » des expériences chimiques pour faire revivre autant que » possible les anciennes écritures, *il nous a été fait remise des pièces qui consistent :* 1° En une requête en » 44 rôles ; 2° en un cahier des charges, clauses et conditions en 46 rôles ; 3° en une saisie immobilière en 6 » rôles ; 4° ensuite en un cahier de papiers timbré non écrit » contenant 7 feuilles doubles. »

Examen de la requête en 44 rôles.

L'examen de cette requête nous a fait connaître 1° que le 1er et le 10e feuillet qui forment une même feuille sont en papier non altéré ; qu'il n'en est pas de même du papier formant les 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9e feuillets ; le papier de ces derniers feuillets *a été lavé ;* ce lavage qui a dû être opéré dans le but d'enlever des écritures précédemment existantes, a donné lieu, 1° à un affaissement marqué du *timbre noir* et à *un affaissement* plus marqué du timbre sec ; 2° à une acidité très-marquée du papier ; 3° à une odeur légère que nous avons reconnue pour être celle du papier lavé par le chlore.

2° Que les feuillets 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, sont du papier qui a subi un lavage.

3° Qu'il en est de même du papier des feuillets 21, 22, 29 et 30.

4° Que le papier des feuillets 23, 24, 25, 26, 27 et 28 de la même requête sont en papier timbré qui n'a pas subi le lavage.

5° Que les feuillets 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 42, 43 et 44, sont de papier timbré non lavé : en effet, dans toutes les feuilles que nous signalons comme étant non lavées, on remarque que les timbres sont fermes et non aplatis ou affaissés et que le papier formant ces feuilles, quoique mêlé à du papier lavé, *très-acide*, l'est sensiblement beaucoup moins que celui des feuilles de papier lavées, qui peuvent être désignées à l'aide de la teinture bleue de tournesol qui appliquée sur ce papier lavé rougit à l'instant même.

6° Que la preuve que le papier d'une partie de la requête était chargé d'anciennes mentions qu'on a fait disparaître est acquise, puisqu'on remarque sur la feuille 18 *au recto* des lignes entières de l'ancienne écriture, qui commence à reparaître et qui permet déjà de lire quelques mots : ainsi au-dessous de la ligne 20 on lit *pour lesdites ;* au-dessous de la 22e on lit *pourraient*, etc. ; au bas de cette même feuille 18 étaient des traces de signatures, mais il nous a été impossible de les faire revivre.

7° Qu'il est presque impossible jusqu'à présent de lire la plupart des mots que l'on distingue dans la feuille 18 qui a été touchée par les réactifs ; mais qu'il est probable que ces lettres deviendront de jour en jour plus lisibles et qu'il sera alors permis de lire les mots qu'elles forment ; nous avons remarqué cette réapparition successive et lente, un grand nombre de fois.

Des essais faits sur le papier timbré que nous regardons comme ayant été *lavé* et comparativement sur 20 échantillons de papier timbré pris dans des actes de diverses époques, nous ont démontré 1° Que les papiers que nous avons examinés « et que nous considérons comme lavés, sont rendus » acides par l'acide hydrochlorique, acide qui n'existait » pas dans les 20 échantillons de papier timbré que nous » avons pris dans divers dossiers, pour faire des expériences

» comparatives; 2° que les papiers lavés dont il est question » l'ont été à l'aide du chlore dans le but d'enlever d'an- » ciennes écritures, » opération de lavage bien connue. En effet, il y a quelques années une société s'étant formée à Paris, pour le blanchiment des papiers chargés d'écritures; elle avait fait des offres aux diverses administrations publiques. Cette opération a été signalée à M. le ministre de la justice, il y a plusieurs années. Les écritures peuvent être enlevées par des gens habiles et exercés, sans laisser de traces visibles.

Examen du cahier des charges.

L'examen de ce cahier nous a démontré 1° que les feuillets 1 et 12 appartenant à la même feuille double sont de papier timbré non lavé, tandis que les feuillets 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11, *sont de papier timbré lavé ;* en effet les timbres sont aplatis, le papier est très-acide et a une odeur de chlore.

2° Que les feuillets 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 23, 24, *sont de papier timbré lavé.*

3° Que les feuillets 25 et 36 sont de papier timbré non lavé, mais il n'en est pas de même des feuillets 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 34, 35, qui sont en papier lavé ; en effet les timbres sont aplatis et le papier très-acide.

4° Que les feuillets 38, 39, 40, 41, 42 43, 44 sont de papier timbré lavé.

5° Que les feuillets 54 et 46 sont sur une feuille double timbrée non lavée.

Quoiqu'il ne nous ait pas été possible de faire renaître les anciennes écritures, nous avons remarqué des traces d'oxide de fer provenant de l'encre des anciennes écritures dans les pages 9 au verso, en tête ; 13 au recto, 19 au verso ; 23 au recto. Une partie de ces taches de rouille ont été touchées 1° avec l'acide gallique ; 2° avec le prussiate ferruré de potasse ; 3° pessées au fer chaud ; mais rien n'a reparu jusqu'à présent ; cependant nous pensons que peu-à-peu d'anciennes lettres reparaîtront et se laisseront apercevoir.

Examen de la saisie immobilière.

De l'examen de cet acte il résulte que les feuillets 1,4,5 et 6 sont sur papier timbré non lavé.

2° Qu'il n'en est pas de même des feuillets 2 et 3, formant la même feuille ; le papier a été blanchi, le papier de cette feuille est faible, très-acide, le timbre est décoloré et aplati, le timbre sec est affaissé ; malgré nos efforts rien n'a reparu sur cette feuille.

Examen du cahier de papier timbré non écrit.

Ce cahier de papier contient 7 doubles feuilles de papier timbré ; nous croyons pouvoir affirmer qu'il a été lavé ; en effet ce papier est très-acide, les timbres sont aplatis, enfin il n'a nulle ressemblance par la manière dont il se comporte avec la teinture du tournesol, avec le papier timbré qu'on délivre dans les bureaux. Ce papier a été bien lavé, puisque nous n'avons pu faire renaître les écritures enlevées.

De ce qui vient d'être dit et des expériences qui précèdent, il résulte pour nous :

1° Que la plus grande partie du papier employé dans la confection de la requête et du cahier des charges, est de papier timbré qui a été lavé ; en effet ce papier, mis en contact avec l'eau la rend acide, la solution contient de l'acide hydrochlorique, précipite par le nitrate d'argent, et fournit un précipité de chlorure d'argent insoluble dans l'acide nitrique.

2° Que la feuille 2, formant le 2e et 3e feuillets de la saisie immobilière est de papier timbré lavé.

3° Que le cahier de papier timbré non écrit est formé de papier lavé et qu'il ne ressemble pas au papier timbré vendu dans les bureaux du timbre.

4° Que l'aplatissement des timbres secs, l'aplatissement et la décoloration partielle des autres timbres, sont des signes que le papier timbré a été blanchi.

5° Enfin que le papier timbré que nous avons pris dans l'un des bureaux du timbre et dans divers dossiers ne contient pas d'acide hydrochlorique, acide que nous avons trouvé dans les papiers lavés que nous avons examinés.

6° Que les écritures anciennes peu visibles, pour le moment, pourront reparaître après un laps de temps plus ou moins considérable, et que ces écritures pourront être lues.

7° Que les feuilles qui sont *de papier timbré lavé*, sont celles que nous avons désignées plus haut : *ainsi pour la requête ce sont les feuillets*, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 30.

Pour le cahier des charges, ce sont les feuillets 2, jusqu'à 11 ; 13 jusqu'à 24 inclus, 26 jusqu'à 35 et 38 jusqu'à 44 ; pour la saisie immobilière, les feuillets 2 et 3, pour le cahier de papier non écrit, toutes les feuilles.

Paris le 8 octobre 1832.

L'examen des papiers qui fut le sujet de ce rapport et qui n'était pas le seul vendu dans le commerce puisqu'une instruction avait déjà eu lieu en décembre 1831 contre le sieur D..., instruction qui fut suivie d'une ordonnance de *non-lieu* rendue quelques mois après, me porta à écrire la lettre suivante à M. le directeur général de l'enregistrement.

Monsieur le directeur,

Dans un mémoire publié tout récemment et dont j'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire, nous avions pressenti que, par suite de la connaissance du blanchiment du papier écrit, il était à craindre que du papier timbré, ayant déjà servi, ne fut blanchi par des moyens chimiques et employé à de nouvelles écritures.

Dans une lettre à M. le garde-des-sceaux, datée du mois de mars 1830, nous avions signalé ce que cette opération aurait de grave et pour le trésor royal et pour les transactions civiles qui offraient un défaut de garantie

Mes pressentimens se sont vérifiés et j'ai été appelé der-

nièrement comme expert chimiste pour examiner des papiers timbrés qui avaient été lavés une première fois, et qui étaient employés de nouveau dans un cahier des charges, une saisie immobilière, enfin dans une requête en quarante-quatre rôles.

Ce lavage, qui fut aperçu par M. le directeur de l'enregistrement de Joigny, pouvant échapper à d'autres, j'ai cru, monsieur, que je pouvais être utile en vous indiquant les caractères qui peuvent faire reconnaitre le papier timbré lavé, puisque la découverte de cette fraude est un gage de sécurité pour les transactions civiles.

Voici, monsieur, quels sont les caractères offerts par le papier timbré lavé :

1° Le timbre sec est aplati et affaissé ;

2° Le timbre noir est aplati, affaissé et souvent en partie décoloré et ayant une couleur rougeâtre ;

3° Le papier a une légère odeur d'amandes amères ;

4° Le papier est acide et rougit fortement, une goutte de teinture de tournesol qu'on verse dessus ;

5° Une petite bande de papier lavé, trempée dans une once d'eau distillée dans laquelle on a versé deux gouttes de nitrate d'argent, donne lieu à un précipité blanc très-volumineux ;

6° Quelquefois le papier est affaibli et absorbe l'eau très-promptement. Il *boit* et a l'apparence du papier non collé ;

7° Enfin on aperçoit quelquefois aussi, sur le papier lavé des traces d'oxide de fer (rouille) qui se présentent en lignes sur les parties du papier où l'ancienne écriture existait (ces traces sont assez rares depuis quelque temps).

Le papier non lavé présente des timbres saillans ; il est presque inodore, il ne rougit pas la teinture de tournesol, nos essais sur vingt échantillons de papier timbré l'on démontré ; il ne communique pas à l'eau distillée la propriété de précipiter le nitrate d'argent. Le papier non lavé n'est pas affaibli au point de boire, il ne contient pas de traces de rouille de fer.

Ces renseignemens, monsieur, me paraissent suffisans pour signaler cette fraude ; il ne faut qu'être prévenu et y porter quelque attention pour la reconnaitre.

J'ai, etc.

Je ne sais si les renseignemens que je donnais furent utilisés, par la raison que je ne reçus aucune réponse à cette lettre. Quoi qu'il en soit, le blanchiment du papier timbré, des papiers à registres s'opérait, et une proposition a été faite aux ministres pour le blanchiment des papiers provenant du service des ministères. (1)

Cette proposition fut rejetée en 1833, mais le blanchiment du papier timbré ne s'en opéra pas moins, et on sut : 1° que des offres de ce papier blanchi avaient été faites à des avoués ; 2° que trois ou quatre saisies de papier timbré lavé avaient été opérées, que des instructions avaient été commencées enfin, qu'un jugement rendu avait mis hors de cause l'accusé.

Un affaire de ce genre, qui vient d'être déférée à la cour d'assises, établit positivement la question. Cette affaire est la suivante :

Le sieur M., ancien huissier à Beauvais, se livrait à une coupable industrie qui parait assez commune à Paris, puisque tout récemment le ministre de l'intérieur a consulté l'Académie des sciences sur les moyens de la prévenir. Il s'agit de porter atteinte aux intérêts du fisc en faisant servir le vieux papier timbré qui a déjà servi. Le sieur M. rassemblait le plus qu'il pouvait de vieux exploits ou de vieilles requêtes tirés de dossiers inutiles, et les envoyait aux environs de Paris, dans un endroit où on réussissait, au moyen du chlore, à enlever toutes les traces de l'écriture, en laissant paraître le timbre dans toutes sa netteté. Le papier timbré, ainsi remis à neuf, était livré à vil prix à des spéculateurs qui le remettaient, comme neuf, en circulation.

Le jury de la cour d'assises de l'Oise a déclaré l'accusé coupable du fait de faux qui lui était imputé ; mais la cour, après avoir délibéré sur la question de savoir s'il y avait lieu à l'application d'une peine, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu que, d'avoir, par des procédés quelconques, enlevé en totalité des écritures devenues inutiles pour disposer le papier sur lequel elles avaient été tracées à en recevoir de nouvelles, n'a rien de criminel en soi ; qu'en effet, l'enlèvement entier d'un corps d'écritures n'est pas une altération de ces écritures pouvant en changer les sens, mais une destruction complète qui ne causerait de préjudice qu'autant que des écritures formeraient titres en faveur des tiers, ce qui n'est point articulé contre M. ;

Attendu que le lavage appliqué au papier timbré n'en change pas le caractère, puisqu'il peut n'être ensuite employé que comme papier ordinaire, et que dans ce cas l'absence de tout préjudice repousserait l'idée de faux ;

Attendu que le tort, fait à la régie, ne commence qu'au moment où le papier blanchi est employé de nouveau comme papier timbré, mais que ce double emploi d'un papier qui ne doit servir qu'une fois est une contravention prévue par une loi spéciale, dont la répression ne peut être poursuivie que par voie de contrainte à la requête de la régie ;

Attendu que, si la préparation par le lavage du vieux papier timbré, quelque préjudiciable qu'elle soit au trésor, ne peut être assimilée à une altération frauduleuse d'écritures dans le sens de l'art. 147 du Code pénal, la distribution et la vente de ce papier ne sauraient être davantage qualifiées crime ;

Attendu, d'ailleurs, que l'accusé n'a pas trompé, sur la nature du papier, les personnes auxquelles il en a vendu, et qu'il leur a déclaré que le papier avait subi l'opération du lavage, qu'ainsi le fait reconnu constant, ne constitue ni crime ni délit prévu par le Code pénal ;

Vu l'art. 304 du Code d'instruction criminelle ;

La cour déclare l'accusé, M., absous de l'accusation portée contre lui. (1)

---

(1) Une proposition me fut faite par M. B... de me rattacher à une exploitation ayant pour but de blanchir les papiers de registres ; je refusai mon concours pour cette opération, ne voulant pas en quelque chose que ce soit aider à une industrie qui pourrait être nuisible au pays, faciliter les faux, les faillites, les banqueroutes frauduleuses, etc., etc.

(1) Ce jugement vient d'être confirmé, cependant M. eut

Cette décision des tribunaux et les graves inconvéniens qui peuvent en résulter, doivent fixer l'attention de M. le garde-des-sceaux ; en effet, l'emploi d'actes lavés et sur lesquels, on pourrait par des procédés chimiques, faire renaître des traces d'écriture, pourrait-être des plus graves, et dans quelques cas, 1° conduire sur les bancs de la cour d'assises, sous la suspicion du crime de faux, des personnes trompées qui auraient employé de ce papier lavé ; 2° dans d'autres, soustraire à l'action de la justice, des faussaires qui pourraient alléguer que les traces qui ont réapparu, sont dues à ce que le papier timbré qui a été employé avait servi une première fois et qu'il avait été lavé.

FALSIFICATION DES ALIMENS.

—

Pétition adressée à la chambre des députés à ce sujet ;
Par M. A. CHEVALLIER.

Messieurs,

Les alimens étant destinés à soutenir la vie des hommes et à fournir à leur existence journalière, il est d'une grande importance que le commerce qui s'en fait soit l'objet de soins tout particuliers, et que les abus et les fraudes qui se sont introduits dans ce commerce soient réprimés. Je crois devoir vous signaler ceux de ces abus que j'ai été à même de constater à Paris, afin que vous puissiez juger s'il ne serait pas convenable d'avoir une loi spéciale sur la vente des substances alimentaires.

Avant de me hasarder à vous distraire de vos nombreuses occupations, j'ai dû examiner la nature des abus que je vous signale et les lois qui régissent la matière. Cet examen m'a démontré d'une manière positive que les lois existantes sont insuffisantes et qu'elles ne présentent pas à l'administration ni aux citoyens, les garanties désirables contre la fraude ; ces lois laissent à des hommes cupides les moyens de s'enrichir, soit par la vente à faux poids, soit par la vente d'alimens gâtés ou mêlés à des substances étrangères.

Pour ne pas entrer dans des détails inutiles, je me bornerai à des citations sur la vente de divers produits alimentaires.

Pain. — Le pain vendu à Paris n'a souvent pas le poids voulu. Cependant à la porte de chaque boulanger est affichée une ordonnance qui porte en toutes lettres ces mots : « Tout » pain mis en vente, quelle que soit sa forme, doit avoir » exactement le poids requis, sans que les boulangers puis- » sent se prévaloir de la tolérance mentionnée en l'ordonnance » du 9 juin 1817, qui est et demeure révoquée. »

Cette vente à faux poids surveillée par l'autorité, et qui a donné lieu cette année, du 1er janvier au 20 décembre, à deux cent sept procès-verbaux, pour exposition de pains n'ayant pas le poids ; outre ces procès-verbaux, une grande quantité de pains, qui offraient un déficit moins considérable fut seulement coupée chez un grand nombre, afin qu'il ne pût être vendu qu'à la livre. Ce manque dans le poids fait un tort immense aux consommateurs. En effet, supposons qu'une famille pauvre qui mange dix livres de pain par jour (et à Paris cela existe), reçoive au lieu de pains de six livres, des pains de cinq livres dix onces et des pains de trois livres, douze onces au lieu de pains de quatre livres, on lui fait tort de dix onces de pain par jour, soit dix-huit livres, douze onces de pain par mois, et en argent, de 33 à 42 francs par an, suivant le prix du pain.

Des calculs faits à une autre époque démontrent que s'il y a à Paris 500,000 consommateurs et qu'on leur fasse tort sur la vente du pain d'un centime par jour, il en résulte pour les boulangers un bénéfice illicite de 1,825,000 fr. par an. Ce calcul justifie l'axiome de M. de Chabrol, qui, dans ses réflexions statistiques sur la ville de Paris, s'exprimait ainsi :

« On ne fait pas assez attention à l'effet que produit, dans » les petites fortunes, dans le gain annuel de l'artisan, la » diminution ou l'augmentation d'un sou par livre de pain » qui le nourrit. En admettant qu'il existe dans Paris » 500,000 consommateurs de ce genre, et cette supposition » n'a rien d'exagéré, un sou par jour d'augmentation dans » leur dépense, fait 9,125,000 fr. par an, que leur coûte » de plus l'aliment dont il est impossible qu'ils se passent. » 9,125,000 fr. prélevés sur la misère et le travail ! »

On dira, il est vrai, qu'il y a des lois qui punissent cette fraude ; mais sont-elles en harmonie pour la pénalité avec le bénéfice que retire le vendeur et la perte éprouvée par le consommateur? Certainement, non. Un boulanger ayant du pain qui n'a pas le poids est saisi et condamné à cinq francs d'amende, et lorsqu'il y a récidive, à une amende un peu plus forte et à vingt-quatre heures de prison.

Les faits qui démontrent que la pénalité est insuffisante, et qu'avec les lois existantes l'administration sera toujours dans l'impossibilité de réprimer la rapacité des hommes qui mettent l'honneur au-dessous de l'argent, c'est « le regret » publiquement exprimé, le 11 octobre 1833, par le com- » missaire de police faisant les fonctions de ministère public, » au tribunal de simple police, de ne pouvoir requérir con- » tre un boulanger de Paris que l'amende (cinq francs), » quoique on eût trouvé chez lui trente-cinq pains *pesant en moins* huit, neuf, dix et douze onces. Dans l'une des audiences, du même tribunal, monsieur le président disait à un boulanger en état de récidive. « vous mériteriez que je » fasse afficher à la porte de votre boutique le jugement qui » vous condamne. » (1)

été condamné si la poursuite avait été faite par voie de contrainte, à la requête de la régie.

(1) On ne saurait nier que la fraude dont parle M. Chevallier n'existe réellement et ne constitue un véritable délit. Cependant, il arrive très souvent qu'un pain, ayant le poids voulu le jour de sa cuisson, perd beaucoup de ce poids en devenant rassis, parce qu'alors il laisse échapper une quantité de l'eau, qui entre dans sa fabrication. Pour un pain d'une livre, par exemple, la différence d'un jour à l'autre,

Le manque en poids sur le pain n'est pas la seule fraude qui se fasse sur cet aliment; on emploie encore des « farines » avariées, des farines mêlées de farines obtenues de la » mouture des graines des légumineuses piquées et avariées, » semences qui ne peuvent être vendues parec qu'elles sont » à demi rongées par les insectes, de farines mêlées de fé- » cule de pomme de terre, et même de substances ter- » reuses. »

On a été jusqu'à introduire dans la pâte destinée à la confection du pain, de l'alun, du sel de morue exhalant une odeur infecte, enfin du vitriol de Chypre, du sulfate de cuivre, dans le but de retenir une plus grande quantité d'eau (1) dans le pain.

Je ne crois pas que le mélange de la fécule de pomme de terre à la farine destinée à la fabrication du pain puisse fournir un aliment nuisible à la santé; mais le pain ainsi mélangé revenant alors à meilleur compte, pourquoi cette amélioration du prix du pain ne reviendrait-elle pas en partie au consommateur, et pourquoi ne saurait-il pas que le pain qui lui est vendu est du pain préparé avec *mélange de farine de blé et de fécule de pomme de terre ?*

En bonne législation, nulle substance ne devrait être vendue sous un nom autre que le sien, et de fortes punitions devraient prévenir ce méfait.

Viande. — La viande à Paris est vendue quelquefois à faux poids, d'autres fois elle est déjà gâtée au moment où on la met en vente. Les jugemens du tribunal de simple police peuvent attester le fait; mais la pénalité n'est pas plus que pour le pain, en harmonie avec le tort que peut en éprouver l'acheteur.

Lait. — Le lait vendu à Paris est mêlé d'eau; on y ajoute des émulsions, de la cassonnade, des carbonates de potasse et de soude, autrefois on y ajoutait de la farine, mais depuis la découverte de l'iode, les laitiers ont, en général, renoncé à ce mode de faire qui est facilement reconnaissable.

Bière. — La bière qui devrait participer seulement des graines des céréales et du houblon, est, dans quelques bras-series, fabriquée avec du sirop de fécule; on a substitué, par fraude, au houblon, d'autres plantes amères et particulièrement les feuilles de ményante.

Sel. — Le sel de cuisine, le sel *marin gris*, le sel raffiné, le *sel blanc*, dans un but de fraude, a été mêlé au sel marin des salpétriers, à du plâtre cru pulvérisé, à du sablon, à des sels de varech contenant de l'iode, à du sulfate de soude, à de l'hydrochlorate de potasse. Une des falsifications pratiquées en 1829, eut le plus malheureux résultat. En effet, un produit destiné à la falsification du sel livré au commerce, contenait de l'arsenic. Le sel marin ainsi mêlé, donna lieu dans le département de la Marne, à une épidémie funeste qui causa la mort de plusieurs individus. Dans les cantons de Sezane, de la Fère et de Vitry-le-Français, quatre cents personnes furent frappées à-la-fois par suite de l'usage de ces sels falsifiés.

Vinaigre. — Le vinaigre est falsifié par des acides, et il y a peu de temps encore qu'on en a trouvé à Nantes, des quantités considérables qui avaient été additionnées d'huile de vitriol (acide sulfurique) (1). Cette falsification s'est présentée également dans un grand nombre d'autres villes. On met, en outre, dans le vinaigre du *poivre*, de l'acide hydrochlorique.

Poivre. — Le poivre en poudre est allongé par des substances inertes ou par des poudres obtenues de la pulvérisation des tourteaux de navette et de colza.

Sucre. — Le sucre est mêlé de sable, de fécule de matières terreuses et de sucre de lait qui n'a pas de saveur.

Chocolat. — Le chocolat est additionné de fécule : on y fait entrer la poudre préparée avec l'enveloppe de la semence de cacao.

Sucreries. — Des bonbons ont été colorés par de *l'arséniate* de cuivre (*le vert de Schweinfurt*), *par de la gomme gutte, par des oxides, de plomb, par du blanc de plomb*, par du cinabre (le *sulfure de mercure*), par du chromate de plomb, et ces bonbons ont causé des accidens les plus graves et même la mort de plusieurs personnes; les papiers qui enveloppent ces bonbons, colorés par des substances vénéneuses ont aussi donné lieu à des empoisonnemens.

Huile à manger. — L'huile d'olive est allongée par des huiles de moindre qualité, l'huile d'œillette; on y fait entrer des matières grasses, semi-solides, pour lui donner l'apparence de la bonne huile d'olive qui se concrète par le froid.

Cidre. — On substitue au cidre une liqueur obtenue par divers mélanges qui ont subi la fermentation.

Café. — Le café est allongé avec des substances torréfiées et réduites en poudre. Telles sont les racines de chicorée, de betterave, de carotte, les semences de fève de pois pointu, etc.

Fécules. — Les fécules et particulièrement celle de pomme de terre, sont mêlées de plâtre, de carbonate de chaux; quelquefois ces fécules ainsi mêlées sont séchées, pulvérisées et introduites dans le pain.

Vin. — Le vin est quelquefois additionné d'eau-de-vie,

---

est déjà très notable, surtout si le temps est sec et chaud; pour un pain de seize livres (on en fait en province qui ont ce poids et même au-delà), la différence est très-grande, et semblerait, quoiqu'à tort, ne devoir être attribuée qu'à la fraude. Il est à ma connaissance qu'à Nancy, l'autorité administrative ayant mis à l'amende des boulangers dont le pain n'avait pas le poids voulu par les réglemens, et les boulangers ayant porté leurs réclamations devant les tribunaux, il a été fait défense aux agens de police d'aller, à l'avenir, peser le pain non vendu, dans la boutique des boulangers; et en même temps, il a été ordonné à ceux-ci de peser tous les pains qu'ils vendent avant de les livrer à l'acheteur. Cette mesure est depuis lors exactement observée, elle est passée en habitude. Quand la police soupçonne quelque contravention, elle envoie acheter un pain, des agens attendent l'acheteur à la porte du boulanger, le font rentrer et entrent avec lui, pèsent le pain, et si ce pain n'a pas le poids ou si *l'appoint* donné n'y supplée pas, le boulanger est reconnu punissable. L.

(1) Des accidens plus ou moins graves ont été le résultat de l'introduction dans le pain de ce dernier sel.

(1) Cent seize barriques.

puis étendu d'eau ; des vins rouges sont colorés par les baies de myrtilles, par le bois de Campêche ou de Fernamboue, les baies de mûres, d'hièble; les vins acides sont saturés par de la craie et quelquefois même par de la litharge (l'oxide de plomb) ; des vins qui doivent être astringens comme les vins de Bordeaux ont été additionnés de sulfate d'alumine et de potasse, d'alun et d'acide tartrique.

Eau-de-vie. — Les eaux-de-vie sont quelquefois additionnées de substances âcres, d'autres fois, par suite de la négligence avec laquelle on entretient les vases distillatoires, ces liquides contiennent des sels de cuivre et de plomb, qui peuvent donner lieu à des accidens.

Une foule d'autres produits sont encore mêlés à des substances inertes, ou bien à des substances nuisibles à la santé ; il est donc de la plus grande importance qu'une loi prescrive la punition de toutes ces fraudes, qui, pour la plupart, sont nuisibles à la santé publique. Il en est de même pour les eaux distillées aromatiques, l'eau de fleur d'orange.

Je suis, etc.

Cette pétition donna lieu à un rapport de l'honorable M. Petit, qui, dans la séance du 17 mai, s'exprima de la manière suivante.

« Le sieur Chevallier membre de l'Académie de médecine et du conseil de salubrité, demande une loi sur la vente des substances alimentaires, qui punisse avec plus de sévérité les fraudes qui sont nuisibles à la santé publique ; il entre dans le détail des fraudes employées pour la fabrication et la vente du pain, de la viande, du lait, de la bière et de quatorze autres substances.

« Ce travail présente le plus haut intérêt ; on ne peut se dissimuler, qu'ici les fraudes ne soient atteintes par des pénalités trop faibles ; vous pourrez voir tous les jours dans les journaux un commissaire de police, faisant les fonctions de ministère public, exprimer publiquement son regret de ne pouvoir requérir 15 fr. d'amende contre un boulanger qui a vendu à faux poids, et plus de 10 fr. d'amende contre les débitans de boissons falsifiées.

« Il est incontestable que l'article 318 du code pénal offre également une lacune dans son texte; cet article ne s'applique qu'aux boissons falsifiées, et c'est une question peut-être difficile à résoudre, que celle de savoir si la falsification des substances alimentaires à l'état solide, est un délit prévu par nos codes ; cependant ce délit est grave, la commission vous propose le renvoi de toute la pétition à M. le garde-des-sceaux. »

La chambre a ordonné le renvoi de cette pétition à M. le ministre de la justice. (Voir le *Moniteur* du 18 mai, et la *Gazette des Tribunaux* du 29 mai 1834.)

Première et seconde lettres adressées à M. Villermé, sur la mortalité proportionnelle des peuples, considérées comme mesure de leur aisance et de leur civilisation; par sir FRANCIS D'IVERNOIS. (Analyse.)

« Au Guanaxuato, dit sir Francis d'Ivernois, il naît des myriades d'enfans, dont la plupart n'arrivent point au sevrage, ou n'apparaissent sur les registres que pour faire place à d'autres dont les survivans recommencent l'inerte et courte existence de leurs devanciers, victimes comme eux de la paresse, de l'apathie et des perpétuelles tribulations d'une misère à laquelle ils s'habituent, sans éprouver, plus que leurs pères, le besoin d'en sortir. »

Dans sa seconde lettre, sir Francis d'Ivernois cherche à dégager la statistique relative aux lois de la population, « des principales erreurs que ses devanciers y ont versées à pleines mains et que plusieurs d'entre eux ont embrouillée à qui mieux mieux. »

Say et Bérard de Montpellier s'appuyant sur des documens puisés dans les registres de la ville de Genève, avancent que la vie de l'homme va se prolongeant chaque jour davantage, et Bérard est d'avis que dans l'espace de trois cents ans seulement, la vie probable de l'homme est devenue cinq fois plus grande. Sans contester aucunement que la vie de l'homme se soit réellement prolongée, M. d'Ivernois nie que cette prolongation soit démontrée par les faits allégués par Say et Bérard.

Si vers la fin du XVIe siècle, qui servit de point de départ au docteur Odier (pour les relevés statistiques dont se sont étayés Say et Bérard), une moitié des nouveau-nés y mouraient avant leur cinquième année révolue, c'est qu'à cette époque reculée, la petite république, encore naissante, eut à subir des pestes destructives et que la défense de son indépendance lui suscita, de la part de la maison de Savoie, une lutte qui exposa ses citoyens à de fréquentes famines dont les enfans sont toujours les premières victimes ; car la progression de vie qui se manifesta avec tant d'éclat à Genève, vers la fin du XVIIe siècle, ne tint pas seulement à la cessation des deux fléaux ci-dessus ; elle s'explique aussi par une circonstance toute particulière. Ce fut précisément l'époque où elle mérita l'honorable nom de *ville de Refuge*, en accueillant une foule de protestans italiens et français, chassés de leur pays par les persécutions religieuses. Comme la plupart des réfugiés qu'elle s'empressa de naturaliser, y arrivèrent dans l'âge des forces et parvinrent à une vieillesse avancée, le grand nombre d'années qu'ils vécurent jeta tout-à-coup un poids prépondérant, mais étranger, dans la balance de la vie moyenne des Genevois proprement dits.

C'est avec le même soin que sir Francis d'Ivernois discute les erreurs émises sur la durée de la vie par Laplace, Necker, Bisset-Hawkins, Muret, Dupin, Garnier, Benoiston de Châteauneuf, Sadler, Finlaison, Balbi, etc. Sa discussion, toujours appuyée sur des faits et qui indique une connaissance parfaite de la matière, sans diminuer en rien la valeur et la force des résultats numériques, nous apprend combien, même avec eux, il est facile de se tromper. Les reproches qu'il adresse à M. Moreau de Jonnès sont d'une nature plus grave. « Au moment où j'écris, dit-il, M. Moreau de Jonnès vient de lire à l'Académie des Sciences, sous le titre d'*Études des statistiques sur la mortalité dans les différentes contrées de l'Europe*, un mémoire où il a déroulé plus de vingt chiffres mortuaires, dont les presses de la capitale se sont emparées à l'envi, bien qu'ils soient tous ou presque tous imaginaires. Sans disconvenir que la civilisation influe sur la durée de la vie, cet écrivain a découvert que le climat

y influe bien davantage encore, attendu qu'en Europe, la mortalité se trouve partout d'autant moins forte, que le froid y est plus rigoureux. Telle est la doctrine qu'il appuie sur trois colonnes de chiffres mortuaires, échelonnés de façon à montrer combien la mortalité des nations civilisées s'abaisse avec la température sous laquelle elles sont placées. A partir des états romains où commence son échelle et où la mortalité, s'il faut l'en croire, s'élève à 1 sur 30, elle tombe à 1/44 en Russie, à 1/47 en Suède, et finalement à 1/59 en Islande. De cette échelle il conclut qu'en fait de vitalité, la prééminence appartient incontestablement aux peuples septentrionaux et d'une manière de plus en plus marquée pour ceux d'entre eux qui ont l'avantage de se trouver plus avancés vers le pôle. Si ces chiffres sont transcrits de registres authentiques, il ne me reste qu'à jeter au feu ceux que j'ai recueillis non sans peine, et qui, pour la plupart, en diffèrent presque du simple au double. M. Moreau s'est dispensé d'indiquer à ses lecteurs où et comment il se sera procuré une foule de registres que j'avais jusqu'ici vainement cherchés, entre autres ceux de l'état romain pris en masse, de l'empire autrichien, de l'Italie, de la Suisse, du royaume de Pologne, de la Grèce, de l'Espagne, de l'Islande, de l'Écosse et finalement de la Turquie européenne à laquelle il assigne avec précision, en 1828, trois cent trente-trois mille décès; document précieux, sans doute, mais dont il me permettra de croire que le grand-seigneur ou ses ministres n'avaient aucune connaissance, avant de le recevoir de Paris. » Il est à désirer que M. Moreau de Jonnès réponde à cette accusation, ne fût-ce que pour démontrer que si ses résultats sont contraires à la vérité, c'est qu'il a été trompé lui-même par les documens qu'on lui aura fournis.

Les deux lettres de sir Francis d'Ivernois ne sont qu'une introduction à un ouvrage plus étendu que promet l'auteur; ses vastes connaissances dans la matière qu'il traite, les nombreux documens qu'il a recueillis lui-même et ceux que lui fournissent les états de l'Europe où les recherches statistiques sont en honneur, nous font espérer que cet ouvrage sera excellent; et la sévérité de ses critiques nous donne le droit d'exiger qu'il remplisse nos espérances.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

SEPTEMBRE 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Des fumigations pulmonaires avec la belladone dans la coqueluche.

Nous n'avons pas à faire l'histoire de la coqueluche ; le but de cet article, est de décrire un procédé curatif dont nous nous sommes très-bien trouvés dans cette affection, et qui consiste dans l'emploi de la belladone en fumigations par l'organe respiratoire.

Cette pratique ne change rien aux idées reçues à l'égard des caractères de la coqueluche; elle laisse également intactes les indications que suggèrent les circonstances dont cette maladie est accompagnée. Elle se borne à fournir un mode d'administration des antispasmodiques, plus efficace, sans contredit, que celui qui est usité. Ce moyen ne constitue pas une méthode de thérapeutique nouvelle, mais doit être considéré comme une addition, ou mieux un perfectionnement réel à la méthode curative en crédit. Commençons par exposer rapidement les circonstances de la maladie qui assurent son efficacité.

Tout le monde sait que le cours entier de la coqueluche se compose de deux époques parfaitement bien dessinées : l'une est le temps des quintes ou accès de toux, pendant lesquels le malade, suivant l'intensité relative de son affection, se trouve souvent en danger de périr, soit par l'effet du spasme des voies aériennes, soit indirectement par l'apoplexie ou par les convulsions. Cette toux, d'abord sèche et dure, puis accompagnée d'expectoration, est retentissante et précipitée jusqu'à faire perdre haleine. L'inspiration s'obtient avec peine, et les malades la filent, pour ainsi dire, en donnant le son caractéristique de la voix d'un jeune coq. Sous l'influence de cette gêne respiratoire, la face s'injecte, les yeux sortent de la tête, les larmes coulent en abondance, et les membres éprouvent des secousses convulsives analogues à celles qu'exécutent machinalement les personnes dont la respiration manque jusqu'à les menacer de suffocation.

La seconde époque de la coqueluche succède à ces crises. Elle constitue une sorte d'intermittence des accès de toux, durant laquelle, sauf l'abattement et la fatigue des traits de la physionomie, les malades n'éprouvent aucune douleur, sont souvent sans fièvre, et se croyent presqu'en état de parfaite santé. Les accès reviennent fréquemment au commencement de la maladie, plus rarement à son déclin ; ils ne sont jamais plus violens qu'après le repos. Lorsqu'il arrive des accidens par les efforts des quintes de toux, c'est ordinairement pendant ces espèces d'accès. La maladie elle-même se prolonge souvent d'une manière désespérante, surtout elle est très-sujette à récidiver.

Ces deux temps de la coqueluche n'ont pas une valeur égale sous le rapport du traitement curatif. Pendant les quintes, il n'y a guère autre chose à faire que la médecine des symptômes. Cette médecine est active sans doute, puisqu'elle a besoin quelquefois d'écarter promptement des symptômes mortels; mais elle n'est jamais que symptomatique, c'est-à-dire qu'elle ne va pas droit à la racine du mal. Il y a plus, c'est que la nature des symptômes les plus graves observés dans le temps de ces accès, ne permet guère, en général, que le rôle de simple spectateur, quoique cependant nous ayons à notre disposition d'excellens moyens à leur opposer. Par exemple, nous savons que la terminaison des quintes n'est jamais ni plus prompte ni plus complète qu'à l'instant où un vomissement de matières muqueuses se fait jour. Il est évident, d'après cette marche, que l'indication urgente est de provoquer le vomissement; et pourtant, dans la plupart des cas, il est absolument impossible, sans courir le risque de décider la suffocation, d'employer les vomitifs. D'abord, vous ne pourrez généralement rien faire évacuer dans ces instans critiques, où les voies respiratoires, fermées convulsivement, ne permettent pas l'expiration nécessaire à l'acte de la déglutition ; et si on essaie de titiller la gorge, afin d'exciter le soulèvement de l'estomac, que n'a-t-on pas à craindre de l'impression d'irritation portée sur des parties dont l'irritabilité se trouve dans ce moment si éminemment exaspérée. Nous ne parlons pas des autres moyens d'arriver à ce but, parce que leur action est trop tardive auprès du besoin pressant d'obtenir cette solution.

Tous les soins du médecin pendant la durée des quintes

de toux se réduisent à prêter un point d'appui aux efforts des malades, à réchauffer leurs extrémités, et à ouvrir la veine, si le danger vient de la congestion des poumons ou du cerveau. Le traitement curatif ne commence qu'après la cessation de ces paroxysmes : c'est alors que les mesures, pour en ajourner le retour ou pour les enrayer, peuvent avoir un plein succès.

Les bases de la pratique de cette affection sont fondées sur les caractères de la maladie et sur la nature des sujets affectés; les antiphlogistiques ne parviennent jamais exclusivement à y mettre un terme : heureux quand ils ne les font pas empirer! Cependant ils interviennent à propos comme auxiliaires d'un traitement bien entendu, surtout au commencement de la maladie, chez les sujets forts et vigoureux. On sait, depuis Sydenham, que l'âge de l'enfance ne dispense pas des émissions sanguines générales, et qu'il s'en trouvait très-bien toutes les fois qu'elles étaient faites à propos. Ainsi donc, au début de la coqueluche, une ou deux saignées préparent les voies à l'administration des autres remèdes; il est rare néanmoins qu'on ait besoin d'y revenir plus de deux fois. Les sangsues entre les clavicules, à l'endroit correspondant à la bifurcation sternale suppléent à la nécessité de la saignée, quand on ne peut l'employer. Dans le cours de la maladie et vers sa déclinaison, cette opération est au moins inutile; le plus souvent même elle augmente les symptômes et rapproche les accès.

Après que le système circulatoire est suffisamment désempli, le moyen auquel on recourt avec le plus d'avantages, c'est l'ipécacuanha ou le tartre stibié. L'un et l'autre ont pour objet de solliciter les vomissemens, ou du moins la nausée : en cela, ils évitent la solution spontanée des accès. Concurremment avec les émétiques à dose nauséeuse, les calmans réussissent à souhait. On sait que la belladone, la jusquiame, obtiennent à ce titre la préférence sur les médicamens opiacés.

La belladone joue le rôle des calmans et des antispasmodiques. Les praticiens ont toujours fait marcher de front, contre la coqueluche, l'usage des médicamens de cette classe avec celui des petites doses de vomitifs. Malgré leurs efforts, la coqueluche se prolongeait toujours plusieurs semaines; quelquefois il s'écoulait des mois entiers avant que les malades en fussent délivrés. Le moyen que nous allons faire connaître, y a mis un terme après deux ou trois jours de son emploi. L'effet a suivi de trop près le remède pour en faire honneur à une autre cause qu'à lui; d'ailleurs, ce n'est pas dans un seul cas qu'il a montré tant de puissance : il a été constamment heureux toutes les fois qu'on l'a éprouvé. Le temps de l'employer est celui où l'on a besoin des antispasmodiques; par exemple, après qu'on a évacué, autant qu'il le faut, le système circulatoire, et qu'on a débarrassé convenablement les organes digestifs. Ceci prouve que ce n'est pas au commencement de la coqueluche qu'il faut s'en servir, mais deux ou trois jours après, à moins que la nature purement nerveuse de cette maladie n'en ordonne autrement.

Pendant la durée des quintes, il est aussi difficile de recourir au procédé fumigatoire qu'à tous les moyens destinés à agir sur les organes de la respiration. Ce n'est guère que dans l'intervalle de ces paroxismes qu'ils peuvent être avantageusement placés. L'unique précaution à prendre consiste, il est nécessaire de le répéter, à dépouiller la maladie de sa complication phlogistique et saburrale, afin de la livrer à l'action de la belladone, dans son état purement nerveux.

Voici de quoi se compose le procédé d'administration dont il est question, et de quelle manière il convient de l'appliquer.

La pièce principale de cet appareil fumigatoire est un flacon à deux ou trois tubulures, en tout semblable aux flacons usités dans l'appareil de M. Richard ou de M. Gannal. Deux tubulures suffiraient même à la rigueur, si l'on tenait à la simplicité. L'une d'elles surmonte verticalement le flacon : c'est par-là qu'on introduit ce liquide médicamenteux. Une fois le flacon chargé, cette ouverture reçoit un tube droit dont une extrémité plonge dans le flacon jusqu'à quelques lignes au-dessus du fond, pendant que l'extrémité opposée s'élève de quelques pouces plus ou moins dans l'air. Ce tube a pour objet de servir de passage à l'air atmosphérique que les malades en aspirant par l'autre tube feront pénétrer dans leur poitrine après qu'il est passé à travers le liquide.

Le liquide introduit dans ce flacon est composé de la manière suivante. On peut choisir entre les infusions de sauge ou de tilleul, d'hysope ou d'autres plantes stimulantes, dont on remplit la moitié du flacon; ce liquide, qu'on peut ou remplacer par une infusion d'une autre nature suivant l'indication ou même simplement par l'eau, est le véhicule de la substance véritablement active, la belladone. Ce médicament est employé d'abord à la dose d'un gros en feuilles et doit être augmenté progressivement, en général, d'un demi-gros à un gros toutes les vingt-quatre heures. Nous ne savons pas encore jusqu'à quel point il serait possible de le porter : ce qu'il y a de certain, c'est que, prise de cette manière, elle ne détermine aucun résultat fâcheux, quoique cependant, ainsi que les résultats le font reconnaître, elle jouisse d'une efficacité bien prononcée. On mêle à cette composition un aromate, tel que la vanille ou l'anis étoilé, en guise de correctif.

Le flacon ainsi chargé, et les deux tubulures armées de la manière indiquée, on s'occupe de chauffer le tout, à un degré assez élevé, afin de dégager du mélange la vapeur que le malade doit respirer. La chaleur du liquide est portée d'abord à 40 ou 45 degrés centigrades; on la maintient à cette élévation, en plaçant l'appareil dans un vase plein d'eau à une température requise ou seulement à un bain marie suffisamment chauffé; on fait prendre ensuite le tube buccal par le malade, et s'il est en état de vous comprendre, on lui commande d'aspirer. Si le sujet est très-jeune, on l'oblige à respirer la vapeur dégagée par ce tube, en lui fermant les narines pendant qu'on retient le biberon dans sa bouche avec l'autre main. Si la température de la masse du liquide se trouvait trop forte, on commencerait par un degré un peu moins élevé. Mais progressivement on le ferait monter de 35 degrés, par exemple, à 40, 45 et jusqu'à 50 degrés.

Le mécanisme de ce procédé fumigatoire ne présente aucune difficulté. L'air extérieur s'engage dans le flacon par le tube droit et traverse la couche du liquide composé, pour sortir par la tubulure, à laquelle le tube buccal est attaché : chemin faisant, il se charge des principes des substances mê-

lées au liquide. C'est ainsi qu'à chaque inspiration toute la surface des voies aériennes se trouve en contact immédiat avec la vapeur calmante renouvelée autant de fois que la poitrine se dilate pour inspirer. Il n'est pas nécessaire de recommander de retirer le tube de la bouche des enfans dès que l'inspiration est accomplie, et de le replacer alternativement après que l'expiration est achevée.

L'action de ces fumigations occasionne d'abord un peu de gêne, tant par l'impression des principes qu'elles portent dans les organes respiratoires, que par la chaleur dont elles sont chargées. Il ne faut pas s'arrêter à cet effet, à moins toutefois que les malades ne puissent pas absolument le supporter ; alors on modère doucement l'activité de ce remède, en réduisant en même temps la dose de la belladone et la température des vapeurs. Il suffit même, dans ces circonstances, de diminuer le calorique pour rendre les fumigations plus tolérables ; une autre modification utile dans ce cas consiste à éloigner les prises de ce remède, et à les moins prolonger. La durée de ces fumigations n'est guères que de quelques minutes ; mais on y revient plusieurs fois par jour : c'est en les répétant jusqu'à quatre et six fois dans les vingt-quatre heures, aux températures que nous avons fixées, qu'elles ont produit des guérisons promptes.

Indépendamment de la gêne que ces fumigations occasionnent, sous leur influence la face s'anime, le pouls s'accélère, et une moiteur générale couvre l'organe cutané. C'est à ce dernier signe qu'on reconnait que tout l'effet de ces fumigations est produit ; il faut s'interrompre à une ou deux heures de là, en s'astreignant à ces alternatives, jusqu'à ce que la maladie ait cessé.

FUSTER.

Note sur l'emploi de la pommade d'Autenrieth dans le traitement de la coqueluche.

En passant en revue les différens moyens thérapeutiques employés à l'hôpital des Enfans pour combattre la coqueluche, nous avons élevé des doutes sur l'efficacité de la pommade stibiée, que les médecins allemands regardent comme un spécifique. Nos doutes étaient fondés sur l'abandon complet que les médecins de cet hôpital avaient fait d'une préparation qui cause aux jeunes malades de vives souffrances, et dont les effets sont très-incertains. Nous avions observé, en outre, des érysipèles, des varioles et des éruptions varioliformes se manifester pendant le cours de la coqueluche, sans apporter aucun changement dans la marche de la maladie. Cette dernière circonstance acheva d'ébranler notre confiance dans les effets de cette médication. Un journal qui a présenté à ses lecteurs une analyse succincte de notre travail, s'est déclaré le champion de la méthode révulsive et de la pommade stibiée en particulier. Voici comment s'exprime, à ce sujet, l'auteur de l'article : « Il faut dire que les médecins allemands n'ont de confiance en cette pommade qu'autant qu'elle a les proportions voulues (axonge, une once, pour tartre stibié, un gros et demi (1)) ; que l'emploi en doit être continué lors même que les ulcérations résultant de l'éruption stibiée sont en pleine vigueur, et jusqu'à ce qu'une semblable éruption, considérée comme critique, se fasse sur une partie du corps éloignée du point d'application de la pommade, principalement sur les bourses ou à la vulve. Or, ce n'est presque jamais avec cette attention et cet ensemble de circonstances que les médecins de notre pays, qui prétendent faire essai de la pommade d'Autenrieth contre la coqueluche, emploient cette médication. » L'occasion d'expérimenter ce moyen thérapeutique n'a pas tardé à se présenter : il a été employé, avec les précautions indiquées ci-dessus, chez trois malades de la division de M. Guersent. C'est le résultat de ces essais que nous venons soumettre au jugement des praticiens.

Obs. I. —Félicie Vuliarme, âgée de huit ans, maigre, nerveuse, irritable, ayant la poitrine mal conformée, fut admise à l'hôpital le 4 juin. Elle se trouvait atteinte, depuis dix jours, d'une toux catarrhale à laquelle s'étaient jointes, trois jours avant son entrée, de la fièvre, de la dyspnée, et une douleur du côté droit de la poitrine, augmentant par la pression, la toux et les fortes inspirations.

Examinée à la visite du lendemain, elle nous offre l'état suivant : anxiété, agitation, toux quinteuse sans sifflement, ni expectoration, ni vomissement ; respiration courte, incomplète, accélérée ; douleur de côté, sans modification de la sonorité normale de la poitrine et du bruit respiratoire ; la peau est chaude, le pouls bat cent douze fois par minute ; les voies digestives ne donnent aucun signe de souffrance. Comme la coqueluche n'était pas encore confirmée, et qu'il existait une pleurodynie, on fit appliquer quelques sangsues sur le point douloureux, et on prescrivit des boissons pectorales. Les jours suivans, on eut recours à des bains tièdes, pour calmer l'agitation de la malade.

Le 10 juin, la douleur de côté avait disparu, mais les quintes étaient très-caractérisées ; elles s'accompagnaient de sifflement, et étaient souvent suivies de l'expulsion des matières ingérées dans l'estomac ; elles se répétaient douze à quinze fois dans les vingt-quatre-heures. Le pouls, aux approches des quintes, remontait à cent vingt pulsations et descendait, dans l'intervalle, à quatre-vingt-seize. Un mélange de râle muqueux et sibilant se faisait entendre dans toute l'étendue de la poitrine. On prescrivit l'extrait de ciguë, qui fut employé pendant plusieurs jours sans aucune espèce d'avantage. Il survint de la diarrhée et des douleurs abdominales, qui furent combattues par une application de sangsues à l'anus. Le 10 juillet, les quintes conservaient encore leur intensité

---

(1) Cette proportion varie suivant l'âge des malades.

M. Lurolh, médecin à Bischwiller, qui a publié un travail intéressant *sur les effets du tartre stibié employé tant à l'intérieur que par la méthode endermique*, et qui a fait usage de la pommade d'Autenrieth chez trente-huit malades atteints de coqueluche, réduisait à un gros la dose de tartre stibié, pour les enfans âgés de moins de six mois; cette dose était portée à deux gros ou deux gros et demi chez les enfans de plus de six ans. En pratiquant trois frictions par jour, une demi-once de pommade était consommée en quatre ou cinq jours. C'est cette dernière dose qui a été adoptée pour les trois malades dont nous rapportons les observations.

et leur fréquence. Chaque matin, à la visite, nous trouvions dans le crachoir de la malade les alimens qu'elle avait pris a son premier repas, et qui avaient été rejetés par le vomissement. Toutes les fois que nous pratiquions l'auscultation et la percussion du thorax, nous faisions naître un accès de toux. M. Guersent eut alors recours aux frictions avec une pommade composée d'une partie de tartre stibié sur deux d'axonge. On pratiqua, soir et matin, une friction à l'épigastre et la base de la poitrine. Le 13, de nombreuses pustules couvraient la région sur laquelle les frictions avaient été pratiquées. La malade disait y éprouver une vive cuisson. Les quintes n'avaient rien perdu, sous le rapport de leur fréquence et de leur intensité. Le pouls, qui ne donnait que quatre-vingt-seize pulsations avant qu'on eût commencé l'usage de la pommade stibiée, s'était élevé à cent trente-deux. Les jours suivans les pustules de l'épigastre et du thorax se transformèrent en ulcérations, dont une avait le diamètre d'une pièce de quinze sous. On diminua la dose de la pommade stibiée pour les frictions de l'épigastre, et on en fit pratiquer de nouvelles entre les deux épaules. Ces frictions furent continuées jusqu'au 24 juillet sans aucune espèce d'avantage. Les parens ayant manifesté, deux jours après, le désir de retirer leur enfant de l'hôpital, on consentit à la laisser partir, dans l'espoir que le changement de lieu modifierait heureusement cette toux convulsive si rebelle à l'emploi des moyens pharmaceutiques. Notre espoir fut déçu. La malade rentra le 4 avril, encore tourmentée par des quintes assez nombreuses. On la soumit alors à l'usage de la belladone. On commença par lui faire prendre un grain d'extrait alcoolique dans une potion gommeuse. On augmenta graduellement la dose, qui fut portée à huit grains. Sous l'influence de cette médication, les quintes diminuèrent rapidement de fréquence, et disparurent complétement au bout de dix jours. Cette jeune fille a quitté l'hôpital, le 28 avril, entièrement guérie. Les cicatrices des ulcérations produites à l'épigastre par la pommade stibiée étaient encore très-apparentes.

Obs. II. Élisa Marteau, âgée de 7 ans, d'une assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise, dans les derniers jours de juillet, d'une toux catarrhale qui se transforma en coqueluche au bout de quinze jours. Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, le 11 juin, les quintes étaient très-caractérisées depuis huit jours. Il n'existait chez cette malade aucune complication. La poitrine n'était le siége d'aucune douleur; le pouls était naturel dans l'intervalle des quintes; pas de gêne notable de la respiration. Pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, on lui prescrivit des boissons pectorales, des pédiluves sinapisés, et l'on permit du lait et des potages. Cette jeune fille n'était pas vaccinée. Dix jours après son entrée, elle fut prise de fièvre, de céphalalgie, de vomissemens, et le 23 juillet il se manifesta une éruption de variole confluente à la face et discrète sur les membres; elle parcourut sa marche d'une manière régulière. Pendant tout le cours de cet exanthème, on n'employa contre la coqueluche aucune médication active, pour s'assurer de l'influence que la variole exercerait sur la toux convulsive. Cette influence fut tout-à-fait nulle. Les quintes continuèrent pendant tout le cours de la variole, et persistèrent même après la desquamation des pustules.

Le 9 juillet, dix-huitième jour de la variole et trente-sixième de la coqueluche, on commence l'usage de la pommade stibiée, qui est employée en frictions sur l'épigastre et les parties antérieures du thorax, à la même dose que chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente.

On continue l'emploi du même moyen le 10 et le 11. Ce ne fut que le 12 que des boutons petits, mais confluens, se manifestèrent sur l'épigastre et la base de la poitrine; les frictions furent continuées sur cette région; on en pratiqua de nouvelles dans le dos; des ulcérations se manifestèrent, sans que la coqueluche fût modifiée d'une manière notable. On n'en cessa l'usage que le 20 juillet. Les quintes persistaient encore à cette époque; elles étaient rares, mais très-caractérisées. Cette jeune fille fut retirée par ses parens, et envoyée à la campagne le 22 juillet. Pour nous assurer de l'influence qu'exercerait le changement d'air sur la terminaison de la coqueluche, nous engageâmes les parens à ramener leur fille quinze jours après sa sortie. Elle ne revint que trois semaines après, entièrement guérie.

Obs. III. — Adèle Lemoine, âgée de 6 ans, entra à l'hôpital le 3 juillet. D'après les renseignemens fournis par ses parens, cette jeune fille fut prise, peu de temps après la guérison, d'une teigne faveuse qu'elle portait depuis quinze mois, d'une bronchite qui présenta au bout de quinze jours tous les caractères de la coqueluche. Des vomissemens avaient lieu fréquemment à la suite des quintes; les crachats expectorés étaient souvent teints de sang; plusieurs hémorrhagies nasales avaient eu lieu.

Lorsque nous l'observâmes pour la première fois, les quintes étaient très-violentes, et se répétaient dix à douze fois dans les vingt-quatre heures, la fièvre était intense, la respiration gênée; le pouls donnait cent quarante-huit pulsations par minute; on comptait dans le même laps de temps cinquante-six inspirations. Les crachats étaient sanglans; l'expansion pulmonaire était moins franche à droite qu'à gauche; les voies digestives étaient en bon état, sauf une constipation qui persistait depuis quinze jours. Une saignée du bras de six onces fut pratiquée; on prescrivit en même temps des boissons pectorales, des juleps huileux et des lavemens purgatifs. Sous l'influence de cette médication, l'état de la malade s'améliora progressivement; la congestion pulmonaire dont le poumon était le siége disparut.

Le 7 juillet, la coqueluche était en quelque sorte à son état de simplicité. La malade était alors arrivée au douzième jour de la période spasmodique. On commença l'emploi de la pommade stibiée aux doses indiquées ci-dessus. Comme l'invasion de la coqueluche avait coïncidé avec la disparition d'une teigne faveuse, M. Guersent fit pratiquer des frictions sur le cuir chevelu. Une éruption varioliforme se manifesta dès le second jour; on continua les frictions sur la tête en diminuant la dose; et on en fit de nouvelles sur la région épigastrique et le dos.

Le 13, trois ulcérations larges, arrondies, occupaient le cuir chevelu. Une autre avait son siége sur l'appendice xyphoïde. Il en existait une cinquième sur la partie latérale du rachis. Les quintes n'avaient subi aucune modification. Dès ce moment, la malade tomba dans une extrême agitation. On ne pouvait la toucher sans lui arracher des cris. Il n'a plus été possible dès ce moment de pratiquer l'auscultation ni la percussion.

Depuis le 15, les frictions sont suspendues ; mais les ulcérations ont gagné en largeur et en profondeur. Une diarrhée abondante est survenue ; elle a été vainement combattue par les lavemens de diascordium et de quinquina. La malade est dans un dépérissement extrême. La suppuration fournie par les ulcérations est très-abondante. Pour obtenir leur cicatrisation, on a vainement employé le styrax, le chlorure, le quinquina ; tout a été impuissant. Aujourd'hui 1er septembre, l'ulcération de l'épigastre a le diamètre d'une pièce de deux francs ; elle a près d'un demi-pouce de profondeur. Le cartilage xyphoïde est entièrement détruit. Au niveau de celles du cuir chevelu, le péricrane est détruit ; la surface externe de l'os conservée. La toux est simplement catarrhale.

Dans ces trois cas l'action thérapeutique de la pommade stibiée a été tout-à-fait nulle. La coqueluche ne nous a paru subir aucune modification. Cependant elle a été employée avec une certaine persévérance ; on en a continué l'usage, ainsi que le recommande Autenrieth, lors même qu'il existait des ulcérations. Dans les deux premiers cas, cette médication n'a eu l'inconvénient que d'irriter les malades et de leur causer de vives douleurs. Mais il n'en a pas été ainsi chez la malade qui fait le sujet de la dernière observation. Les ulcères qu'elle porte en divers points de la périphérie cutanée la retiennent au lit depuis six semaines, et rien n'annonce une cicatrisation prochaine.

Chez aucun de ces sujets, nous n'avons observé d'éruption sympatique aux parties génitales. Ce phénomène est loin d'être constant. M. Luroth ne l'a observé qu'une fois sur trente-huit. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la cause et la nature de cette éruption. Il serait possible qu'elle fût simplement produite par le contact des vêtemens imprégnés de pommade stibiée. Pendant que M. le professeur Andral faisait des expériences sur les usages internes de l'huile de croton tiglium à l'intérieur, nous avons vu plusieurs fois des inflammations du scrotum, du prépuce et du gland se manifester après des frictions sur la région épigastrique. Les inflammations étaient constamment dues à l'application des linges du malade imprégnés d'huile sur les parties génitales.

Nous ajouterons que quelques médecins anglais, frappés des inconvéniens de la pommade d'Autenrieth dans le traitement de la coqueluche, y ont substitué l'essence de térébenthine, qu'ils emploient en frictions sur le thorax et la région épigastrique ; on expérimente en ce moment cette nouvelle méthode à l'hôpital des Enfans ; nous ferons connaître plus tard le résultat de ces essais.

T. CONSTANT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'application des ventouses scarifiées d'après la méthode de M. Larrey.

Depuis que les sangsues sont à la mode, on ne parle presque plus des ventouses scarifiées. Voyons cependant si l'on a eu raison de proscrire presque entièrement de la thérapeutique ce moyen, et s'il ne pourrait, dans quelques circonstances, remplacer avec beaucoup d'avantage les sangsues. Nous n'aurions pas songé à l'examen de ce sujet, si nous n'avions pas observé nous-mêmes, tout récemment encore, des accidens graves par suite de l'application de sangsues, et si, d'autre part, nous n'avions pas constaté de nos propres yeux les bons effets des ventouses scarifiées, appliquées d'après la méthode de M. Larrey.

Je ne parle pas du prix des sangsues, considération, qui, cependant, pour les personnes pauvres, doit entrer en ligne de compte, ni de la difficulté de se les procurer dans certaines circonstances, ni des marques que leurs piqûres laissent à la figure et au sein de certaines personnes à peau fine et vulnérable : ce ne sont là que des faits secondaires ; je ne veux m'occuper ici que de la partie thérapeutique. Voici un fait.

Une jeune dame bien portante, enceinte de deux mois, est entrée ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, pour se faire traiter d'une entorse légère. Elle en était presque guérie, lorsqu'elle a été saisie, dans l'hôpital même, d'un mal de gorge. M. Dupuytren ordonne une application de sangsues au cou de cette femme qui déterminent un érysipèle au cou et à la figure et une réaction assez générale, assez forte, suivie d'une fausse couche avec symptôme d'adynamie. La vie de cette malade a été en danger pendant plusieurs jours.

Grand nombre de fois j'ai observé pour mon compte de ces érysipèles aussi graves, par suite de piqûres de sangsues à la figure, à la tempe, derrière les oreilles et au cou. Ceci arrives urtout, ainsi que je viens de le dire, chez les femmes qui ont une peau fine et facilement inflammable. Je n'ai pas besoin de rappeler ici combien de fois les suites des applications de sangsues ont été fâcheuses et même mortelles sur des enfans, et quelquefois aussi sur les adultes : les faits de ce genre sont connus. Il nous reste à voir maintenant, 1° si l'on peut avec les ventouses scarifiées produire les mêmes effets qu'on veut obtenir avec les sangsues ; 2° si les ventouses exposent aux mêmes inconvéniens que les sangsues.

Les ventouses scarifiées, telles qu'on les emploie communément, n'ont pas tous les avantages que nous croyons reconnaître dans celles dont fait usage M. Larrey. Les espèces d'égratignures que l'instrument scarificateur produit sont si légères, qu'elles ne donnent presque pas de sang ; aussi l'action des ventouses communes est-elle presque nulle comme remède évacuant ; reste leur action révulsive qui, à la vérité, n'est pas bien marquée non plus, surtout si le vide n'est pas bien fait. Aussi n'est-il pas étonnant que les praticiens ne s'en servent que très-rarement, et que les sangsues les aient remplacées dans le plus grand nombre des cas. Mais il n'en est pas de même des ventouses de M. Larrey. Voici comment ce chirurgien s'y prend pour appliquer ce remède. Un verre, en forme de ventouse, ou bien un verre à table ordinaire, contenant un peu d'étoupe aspergée d'eau-de-vie ou d'alcool, et un rasoir, ou bien une espèce de bistouri à lame très-convexe, qui ne coupe qu'à la pointe, dans l'étendue de dix à douze lignes seulement, tel est tout l'appareil ventousier de M. Larrey. On allume l'étoupe imprégnée

d'eau-de vie, et l'on applique la ventouse à l'ordinaire ; aussitôt que la peau fait saillie dans le verre, on ôte celui-ci, et l'on scarifie plus ou moins la partie avec le rasoir. Ces scarifications doivent être faites dans un seul sens, par lignes parallèles entre elles, comprenant toute l'aire déjà ventousée. Cela fait, on réallume l'étoupe, et l'on réapplique de suite le verre exactement sur la même place. Le sang est de la sorte pompé dans le verre même de la ventouse. Pendant qu'une agit sur un lieu, vous en appliquerez plusieurs autres à côté ou dans d'autres endroits et de la même manière, si vous le trouvez nécessaire. Vous tirerez par ce procédé, en peu d'instans, autant de sang des vaisseaux capillaires que vous jugerez convenable. Chaque ventouse donne à peu près deux onces de sang, si le verre est assez grand. Vous pourrez d'ailleurs vous servir de verres de grandeur médiocre, si la conformation de la partie l'exige et si vous ne voulez produire qu'une saignée peu forte. Les scarifications pratiquées de la manière que je viens d'indiquer ne laissent aucune marque après leur cicatrisation, qui est très-prompte : elles se dissipent comme les petites coupures qu'on se fait quelquefois à la figure en se rasant.

Si l'on considère maintenant, 1° que l'action des ventouses appliquées de cette manière est beaucoup plus prompte et moins embarrassante que celle des sangsues ; 2° que, par les ventouses, on peut tirer autant de sang qu'on désire, et que la quantité de ce sang peut-être plus exactement appréciée que celle qu'on obtient par les sangsues ; 3° qu'outre l'effet évacuatif, les ventouses produisent une action révulsive extrêmement énergique ; 4° que l'application des ventouses n'est jamais suivie d'érysipèle ni d'autres accidens, comme cela se voit souvent après les sangsues ; 5° que partout où l'on se trouve, et à toute heure de la nuit, le médecin peut avoir à sa disposition un verre et un rasoir pour mettre les ventouses, tandis qu'il n'en est pas de même des sangsues ; 6° que certains malades ont une telle aversion contre les sangsues, qu'ils tombent en convulsion à l'approche de ces annelides. Si l'on considère, dis-je, toutes ces circonstances, nous ne doutons point que nos confrères n'emploient un peu plus souvent un agent thérapeutique énergique qui peut rendre des services éminens dans la pratique de notre art. Nous ne prétendons pas, pour cela, proscrire l'usage des sangsues ; nous voudrions seulement que, dans beaucoup de circonstances, et plus souvent qu'on ne le fait de nos jours, l'on pratiquât la saignée capillaire à l'aide des ventouses scarifiées. G.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la solidification de l'huile de croton-tiglium par la magnésie.

Quels que soient les moyens mis en pratique pour atténuer la puissance d'action de l'huile de croton, aucun, si ce n'est celui qui consiste à la convertir en savon à l'aide d'une lessive alcaline, ne remplit que très-imparfaitement l'intention des praticiens.

C'est à l'état liquide que cette huile s'administre le plus ordinairement en France, étendue d'une cuillerée de tisane, d'eau sucrée, de vin liquoreux, d'huile, de sirop, etc. A l'imitation des Anglais, quelques praticiens français l'associent à la gomme, à la réglisse, au sucre, ou autres excipiens susceptibles de la convertir en pilules; mais, sans rien changer à sa nature toxique, ils n'en font ainsi un médicament de bonne constitution, qu'en faisant prédominer les proportions des substances étrangères aux dépens de la base médicamenteuse, qui devient par-là d'un emploi moins facile en raison du volume de la masse.

Évidemment, la forme pilulaire est celle dont s'accommodent le mieux la plupart des personnes qui ne sauraient vaincre la répugnance que leur inspire l'aspect d'un remède volumineux ; aussi crois-je devoir proposer la formule suivante, qui me paraît remplir les conditions les plus désirables :

Pilules de croton-tiglium.

Prenez : Huile de tiglium 36 grains (1).
Hydro-carbonate de magnésie. 72 grains (2).

Formez, par trituration, des pilules des trois grains pour les adultes, ou d'un grain et demi pour les enfans. Ces pilules, que vous argenterez avec soin, représentent un grain ou demi-grain, c'est-à-dire à peu près une ou deux gouttes d'huile de croton.

Ici, comme dans la préparation du savon de M. Caventou, il y a réaction chimique, c'est-à-dire saponification ; mais il existe cette différence entre ces deux composés, que l'un, qui s'obtient instantanément et qui se conserve indéfiniment sans altération, peut appartenir à la fois aux médicamens magistraux et officinaux ; tandis que l'autre, qui ne peut s'obtenir qu'après quelques jours d'attente, ne doit être rangé que parmi ces derniers.

Après un mois de préparation, les pilules de croton magnésiées, qui d'abord sentaient le médicament, prennent une odeur de savon ordinaire qui dissimule très-bien cette origine. Leur passage dans le canal alimentaire n'est pas ou presque pas caractérisé par cette chaleur mordicante qui accompagne toujours l'emploi de l'huile associée à un corps liquide, et qui se fait plus particulièrement sentir, pendant quelques heures, dans l'arrière-bouche comme dans toute l'étendue de l'œsophage, quelque fractionnée que soit la dose de cet agent. De plus, on n'a pas remarqué qu'elles donnassent lieu à aucun vomissement, bien que chez quelques personnes, fortement constituées, il est vrai, on les ait administrées jusqu'au nombre de trois; on peut même citer une jeune demoiselle anglaise, arrivée à l'âge adulte,

---

(1) On a compté soixante gouttes de cette huile, pour arriver à 36 grains.

(2) Si la préférence est donnée à la magnésie calcinée, on doit employer un peu moins du double de l'huile, c'est-à-dire 63 grains pour 36. J'ai préféré le carbonate à l'oxide, parce qu'il résulte un nombre rond de la réunion des deux corps.

qui n'a éprouvé aucun effet purgatif, ni même la moindre incommodité de trois pilules de trois grains (magnésie et huile). Mais nous savons que les Anglais sont plus difficiles à émouvoir que nous, en raison de l'abus qu'ils font des drastiques.

Les pilules de croton magnésiées doivent être administrées, le plus ordinairement, une par une, jusqu'à la dose d'une goutte et demie à deux gouttes. Ce mode d'administration paraît, du moins, le plus prudent, jusqu'à ce que les effets aient été mieux et plus long-temps étudiés.

L'effet purgatif de ces pilules ne commençant à avoir lieu que tardivement, il est à présumer que les sucs gastriques ne les dissolvent que lentement; ce qui explique sans doute l'absence des vomissemens, et de cette âcreté que laisse ordinairement le croton tiglium dans les premières voies, et ce qui peut rendre compte encore de l'action moins énergique du médicament.

Il paraîtrait résulter de ce qui précède, qu'en associant l'huile de pignon d'Inde à la magnésie, on pourrait l'administrer tantôt comme drastique, tantôt comme minoratif, employée qu'elle serait à des doses proportionnées à ces deux séries d'évacuans. Ainsi, au nombre de une ou deux pilules, elles pourraient être classées parmi ces derniers, tandis qu'une quantité double pourrait constituer un drastique plus ou moins énergique.

EMILE MOUCHON,
Pharm. à Lyon.

Note sur le lobelia inflata et sur son principe actif.

Le lobélia inflata est une plante âcre et vénéneuse qui croît aux Etats-Unis, au Canada et à la Virginie; elle est connue des arborigènes comme jouissant de la propriété d'être vomitive.

Le lobélia, introduit dans l'économie animale, détermine des vomissemens, une transpiration abondante, quelquefois des coliques et du narcotisme. Cette plante a été préconisée contre l'asthme, et le docteur Cutler, qui fut guéri de cette maladie à l'aide du lobélia, a écrit sur ce médicament un mémoire dans lequel il dit que le principe actif consiste dans un principe âcre, soluble dans plusieurs liquides, et que ce principe est volatil et passe à la distillation.

Le lobélia a en outre été employé par John Andrew comme antispasmodique; dans ce cas, il agit comme vomitif expectorant et diaphorétique. M. Bidault l'a mis en usage comme émétique. (1).

M. S. Colhoun, professeur de matière médicale au collége Jefferson, à Philadelphie, vient de se livrer à des recherches dans le but d'isoler le principe actif de cette plante. Voici comment il a opéré.

On a fait agir pendant sept à huit heures de l'acide hydrochlorique étendu d'eau sur des feuilles de lobélia inflata, on a décanté pour obtenir la solution acide, et on l'a fait évaporer pour chasser l'excès d'acide. Lorsque le liquide fut suffisamment réduit, on aperçut des cristaux au fond du vase; mais ces cristaux étaient mélangés avec une certaine portion de matière étrangère; pour obvier à cet inconvénient, on se servit d'alcool pour les dissoudre, et après l'évaporation, on obtint un extrait parfaitement transparent, qui présentait les caractères suivans: il avait l'aspect d'un extrait brunâtre un peu épais, ayant assez de ressemblance, quant aux qualités physiques, avec la nicotine préparée d'après le procédé de M. Berzélius; sa saveur est celle du lobélia; comme cette plante, il exerce sur la gorge la même action irritante particulière, action qui se fait sentir pendant un certain temps et qui exige des ablutions fréquentes. Cet extrait est légèrement déliquescent; il se ramollit lorsque l'atmosphère est humide; le changement de température ne le détruit pas; exposé pendant trois mois dans une capsule et dans un endroit humide pendant la saison d'été, il avait conservé les principes caractéristiques de la plante.

L'alcool dissout parfaitement ce principe. Il n'en est pas de même de l'éther. Cette non dissolution le fait distinguer de la nicotine, qui est soluble dans ce véhicule; traité par le charbon, ce produit passe du brun foncé au brun jaunâtre.

Le principe actif du lobélia, que M. Colhoun désigne sous le nom de *lobéline*, forme, selon l'auteur, des sels avec les acides, le tartrate est déliquescent. Ce sel se présente à l'état de cristaux peu distincts qui ressemblent aux cristaux fournis par le sucre. On obtient les sels en exposant le sel liquide à une température modérée, dans le but de volatiliser l'eau qui tient le sel en solution.

Le sulfate et l'hydrochlorate présentent les mêmes apparences que le tartrate; ils sont déliquescens et ont une forte saveur de *lobéline*.

Nous ne pensons pas que le produit signalé par M. Colhoun soit un produit pur; mais nous avons dû faire connaître ces faits, en invitant les pharmaciens chimistes à rechercher si le *lobelia urens* (1), signalé par M. Bodard comme un succédané, ne contiendrait pas le principe signalé dans le *lobelia inflata*.

A. CH.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi de la jusquiame dans la réduction des hernies et du paraphimosis.

Vous avez dernièrement publié dans votre excellent re-

---

(1) Les doses sont les suivantes:
Feuilles ou semences en poudre, de 10 à 20 grains comme émétique; de 5 à 10 grains comme expectorant; triturée et préparée avec 2 onces de feuilles sur une livre d'alcool, on en donne de 30 à 40 gouttes dans un liquide approprié. On doit cependant agir avec précaution. Car Coxe dit que des accidens ont été déterminés par la poudre administrée à la dose d'une cuiller à café par un charlatan.

(1) Le *lobelia urens* se trouve en abondance dans les départemens de l'Indre et de la Mayenne.

cueil plusieurs observations sur les services que l'on peut attendre de l'emploi extérieur de la belladone dans les cas assez fréquens de hernies étranglées et de paraphimosis. J'ignore si les praticiens qui ont observé et recueilli ces faits attribuent à la belladone seulement une action ou une influence particulière sur les étranglemens qui constituent les maladies dont nous parlons. Des faits pratiques, qui me sont propres, me prouvent que, si la belladone contribue puissamment à favoriser la réduction des hernies irréductibles par cause d'étranglement, d'autres substances, qui ont des vertus qui se rapprochent de cette plante, jouissent également, dans les mêmes circonstances, des mêmes propriétés médicales. Parmi celles-ci, je distingue la jusquiame blanche, très-commune dans nos contrées, et qui, comme vous savez, a beaucoup de rapport avec la belladone, puisqu'elle appartient à la même famille.

Obs. I. Un homme, âgé d'environ cinquante ans, cultivateur d'une commune voisine d'Aramon, portait depuis plusieurs années une hernie dans l'aine droite. A la suite d'une marche forcée, les signes d'étranglement ne tardèrent point à se développer. Le lendemain, les coliques furent intenses, les vomissemens fréquens; point de selles depuis vingt-quatre heures. Le surlendemain ces symptômes s'agravant, je fus appelé. Je trouvai le ventre tendu, météorisé, sensible; le pouls dur, fréquent, la face rouge. (Saignée du bras, bain entier, eau de riz.) Quelques heures après mon arrivée, je tentai la réduction de la tumeur herniaire; mais n'ayant pu l'obtenir, je fis plonger le malade dans un bain tiède où il resta plus de trois heures, et dans une position où les muscles abdominaux relâchés permissent de tenter encore la réduction de la hernie, ce qui n'eût pas plus de succès que lors des premières tentatives. Des lavemens purgatifs n'amenèrent aucune selle; les vomissemens devenant plus fréquens, plus fétides, et le pouls ayant pris un caractère inquiétant, je crus que la nécessité de recourir au débridement du sac herniaire était arrivée, et en conséquence j'en prévins la famille. Pendant qu'on décidait le malade et qu'on préparait l'appareil de l'opération, je fis couvrir la tumeur inguinale d'un épais cataplasme préparé avec les feuilles de jusquiame blanche bouillies. Une heure après l'application de ce topique, le malade s'endormit; son sommeil dura deux heures. A son réveil, ayant examiné de nouveau le sac herniaire, et tenté d'en opérer la réduction, ce ne fut pas sans surprise que je trouvai beaucoup moins de sensibilité dans les parties, et que j'obtins dans quelques minutes un résultat que j'avais vainement attendu par les moyens que les règles de l'art prescrivent dans ces circonstances.

Obs. II. A peu près à la même époque, c'est-à-dire *il y a près d'un an*, je fus appelé au même village de Domazon, pour réduire un paraphimosis chez un jeune enfant qui, jouant avec d'autres bambins de son âge, s'était amusé à s'injecter du suc de figuier dans le canal de l'urèthre, et avait ainsi déterminé la maladie que la honte et la crainte lui avaient fait cacher pendant deux jours. A ma première visite, je trouvai la verge extrêmement engorgée, le gland fortement étranglé, l'épiderme du prépuce excorié; j'espérai peu pouvoir obtenir la réduction par les moyens ordinaires: j'essayai, cependant; mais des cris aigus, arrachés par la douleur, me forcèrent d'y renoncer. J'allais donner le coup de bistouri pour débrider, lorsque sa mère me pria d'attendre l'arrivée du père de l'enfant, qui était aux champs. En attendant, je fis mettre sur le gland et les parties environnantes un épais cataplasme des feuilles de jusquiame, qui croissait à la porte de la maison. L'enfant ne tarda pas à s'endormir. Soit que j'attribuasse ce sommeil à l'excès d'excitabilité développée par les manœuvres du taxis, soit qu'il fût dû au narcotique appliqué sur le siége du mal, je le regardai comme utile, et je le respectai, bien que le père fût arrivé et que je pusse commencer l'opération. L'enfant dormit deux heures. A son réveil, ayant examiné le paraphimosis, je me convainquis que l'étranglement était moins serré, et qu'en violentant un peu les parties, on pourrait parvenir à le réduire. Je préférai attendre et étudier les effets de la médication que le hasard venait de me fournir. Je fis appliquer un second cataplasme, et donnai à l'enfant un demi-grain d'acétate de morphine dans une tasse de lait; je recommandai aux parens de renouveler ce cataplasme pendant la nuit. Au point du jour, le lendemain, j'étais rendu près du malade. J'appris qu'il avait dormi toute la nuit. Je trouvai l'engorgement de la verge extrêmement diminué, et il me fut plus que facile de ramener le prépuce sur le gland. Les quelques légères excoriations de la peau se sèchèrent sous l'influence de lotions vineuses.

Obs. III. Un homme d'Aramon, âgé de soixante ans environ, portant depuis quelques années une hernie inguinale, éprouve, après une journée de labour, de fortes coliques; il est porté chez lui, où il vomit beaucoup. Appelé de suite, je trouvai l'intestin descendu dans les bourses, formant une tumeur volumineuse très-dure et très-sensible. La réduire alors aurait été impossible; les douleurs étaient trop vives. Ayant en ce moment sous les yeux le dernier numéro de votre journal, où se trouve consigné le fait recueilli par M. Mazade, sur l'efficacité de la belladone dans les cas de paraphimosis et de hernies étranglées, je fis préparer par notre pharmacien une dissolution d'un gros d'extrait de cette substance, qui fut incorporé avec un cataplasme de farine de lin, et appliqué sur la tumeur herniaire. Deux heures après cette application, la hernie était réduite naturellement et sans le secours de mes mains.

PH. CHANEL, D. M.
A Aramon (Gard).

Bons résultats de l'ammoniaque liquide employé dans plusieurs cas d'ivresse

Ce n'est qu'à l'expérience et à la prudente administration de plusieurs médicamens, que nous devons les résultats satisfaisans que nous obtenons, tous les jours, soit en médecine, soit en chirurgie; et à cet effet, je voudrais bien pouvoir persuader à mes confrères, et surtout à mes collègues des régimens, d'adopter et d'administer dans les cas d'ivresse l'ammoniaque liquide; ces cas n'arrivent que trop souvent, soit dans les garnisons, soit dans les cantonnemens, et entraînent à leur suite des querelles, des conséquences graves et des malheurs.

Les trois faits que je vais rapporter prouvent l'active efficacité de ce remède: je laisse à d'autres lumières le soin

d'en poursuivre l'expérience, et de faire des réflexions sur son mode d'action.

Le nommé Grand, tambour au régiment dont je fais partie, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, et adonné à la boisson depuis son entrée au service, étant de garde le 29 juillet dernier, fut invité par un de ses camarades à sept heures du matin à prendre un petit verre, dans un cabaret non loin du poste; au lieu du petit verre, il but à lui tout seul deux bouteilles de vin blanc et une demi-bouteille d'eau-de-vie, qui le mirent dans un tel état d'ivresse, que celui qui l'avait invité fut obligé de le charger sur son dos, pour le porter dans son logement, où le voyant sans mouvement, l'on s'empressa de venir me chercher. Après avoir été informé de ce qui était arrivé, je me décidai à employer l'ammoniaque liquide. J'en fis mettre vingt gouttes dans quatre onces d'eau commune; mais je ne pus réussir et même avec difficulté, qu'à lui faire avaler trois cuillerées de ce mélange, parce qu'il avait les dents serrées. Six minutes après il ouvre les yeux et balbutie quelques mots : je réitère la même dose; quelques instans après il se met sur son séant, il avale ce qui reste dans le verre, il urine copieusement, et à dix heures il va manger la soupe.

Le chasseur Wils, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, vers huit heures du soir, le 7 août dernier, après voir bu plusieurs bouteilles de cidre et plusieurs verres d'eau-de-vie, fut conduit dans son logement ivre frénétique, puisque un instant après tout ce qui dans sa chambre était facile à briser fut réduit en mille morceaux; je le vis à neuf heures, et après m'avoir jeté plusieurs fois la cuiller au loin, je réussis enfin par la douceur à lui faire prendre quatre cuillerées de la même potion; et une demi-heure après, trois autres cuillerées. Il se tranquillisa graduellement, et à onze heures et quart il s'endormit d'un profond sommeil jusqu'au matin.

Le chasseur Vergiat, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une constitution robuste, ivrogne par habitude, fut ramassé dans un cabaret, le 14 août dernier, à cinq heures du soir, et porté par des paysans au corps-de-garde; ils dirent l'avoir trouvé par terre dans des accès d'épilepsie.

L'ayant vu sur le lit de camp, sans aucun changement remarquable dans le pouls, mais grinçant des dents, et faisant des contorsions épouvantables, je courus au cabaret prendre des informations, et l'on me dit qu'en compagnie de plusieurs voituriers, il avait avalé pour sa part une pinte d'eau-de-vie, et environ trois bouteilles de vin blanc. Je rentre au poste, et je n'hésite pas un instant à lui faire avaler, à la même dose, de l'eau avec de l'ammoniaque : à sept heures, il urine plusieurs fois, et vers huit heures, il rentre à son logement.

Dans ma dernière garnison à Rouen, plusieurs cas semblables se sont présentés à la caserne, et toujours j'ai obtenu les meilleurs résultats de l'ammoniaque.

PIAZZA, D. M.,
Ex-chir.-maj. du 1er lancier napolitain,
chir.-aide-maj. au 6e léger.

Nouvelle préparation de la pommade de concombres et d'une liqueur aromatique du même fruit.

Permettez-moi, monsieur, de vous signaler un procédé que je viens de mettre à exécution pour la confection de la pommade du concombre et d'une liqueur aromatique du même fruit. Les résultats auxquels je suis parvenu et l'emploi avantageux de mon produit me font penser que ma méthode ne sera point trouvée désavantageuse par mes confrères. Voici ma manière d'agir :

Liqueur aromatique.

Prenez :	Concombres.	quatre livres.
	Alcool à 33°.	demi-livre.

Râpez les concombres et mettez-les avec l'alcool sur le diaphragme d'une cucurbite; et distillez jusqu'à ce que vous ayez obtenu une livre de liqueur aromatique. A défaut de diaphragme il faudrait passer le suc.

Pommade.

Prenez :	Axonge.	quatre onces.
	Blanc de baleine.	demi-once.
	Cire blanche.	deux gros.
	Liqueur aromatique d'un gros et demi à 2 gros.	

Faites fondre le corps gras; coulez dans un mortier préalablement chauffé à l'eau bouillante, triturez avec soin et n'ajoutez la liqueur aromatique que lorsque la pommade commencera à se figer; triturez de nouveau et coulez encore chaud dans les pots.

D'après quelques renseignemens qui m'ont été fournis, je crois être fondé à croire que la pommade de Demerson parfumeur à Paris, et qui jouit d'une grande réputation, est préparée par un procédé analogue.

E. BOURON,
Pharmacien à Nantes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

L'excitation physiologique n'est pas nécessaire pour la contagion de la syphilis. — Il est peu de médecins qui révoquent en doute aujourd'hui, l'existence du virus vénérien s'il en est : ce serait peine perdue que de faire de grands frais de raisonnement pour les convaincre. Mais il en est d'autres qui pensent que la contagion de la syphilis ne s'exerce que dans un certain degré d'excitation physiologique; en d'autres termes, que cette maladie ne peut être transmise qu'à la faveur de l'augmentation des propriétés vitales. Il est donc important de mettre sous les yeux de nos confrères qui pourraient avoir cette opinion, l'exemple d'un jeune homme couché au n° 13 de la salle Saint-Laurent

à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Biett, et de l'accompagner de quelques uns des faits curieux rapportés à sa clinique par cet habile professeur.

Ce jeune homme, âgé de vingt-trois ans, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, était interne en médecine dans un hôpital de province. Un jour, qu'il était de garde, il eut à accoucher une femme qui était infectée de syphilis; il ignorait sa maladie, et il pratiqua l'accouchement sans prendre aucune précaution. Peu de jours après, une légère excoriation qu'il avait à l'index de la main droite avant l'opération, prit un mauvais caractère, et, malgré les applications répétées de nitrate d'argent, la cicatrisation ne put s'obtenir qu'au bout d'un mois. Quatre mois après, survinrent, aux faces palmaires des avant-bras, de petites taches rouges auxquelles il fit peu d'attention. Bientôt la fièvre s'allume, et à la suite d'une transpiration abondante, il survient sur toute la surface du corps des élevures qu'on prend d'abord pour la rougeole, mais qui se convertissent en pustules à bases d'un rouge cuivreux et couvertes d'une croûte déprimée, produit de la suppuration, et de plus des ulcérations à bords taillés à pic. La nature de cette affection ne pouvait être méconnue : aussi commença-t-on un traitement mercuriel par le sublimé, les frictions mercurielles et les sudorifiques. Ce malheureux jeune homme n'éprouvant pas d'amélioration, s'est décidé à venir à Paris et à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Son état était affreux : des croûtes à forme saillante et conique, noirâtres ou d'un jaune verdâtre, composées de cercles superposés et décroissans jusqu'au sommet, existaient sur les bras, les jambes, les cuisses, les épaules et le cuir-chevelu. Les mouvemens étaient difficiles, à cause des croûtes qui occupaient toutes les articulations. Une suppuration fétide se faisait jour par la base de quelques-unes des croûtes; au-dessous de celles-ci, on voyait des granulations rougeâtres entourées d'un cercle cuivreux et baignant dans un pus de mauvaise nature. Telle était la position déplorable de cet étudiant, qui, nous devons le dire, s'est aujourd'hui considérablement améliorée par l'emploi du proto-iodure de mercure, dont M. Biett continue à se servir avec des résultats merveilleux.

Qui pourrait nier dans ce cas l'absorption et la contagion du virus syphilitique? Et cependant où est l'excitation physiologique que certains auteurs ont regardée comme indispensable à cette absorption? Voici quelques autres faits non moins remarquables.

Un officier, logé militairement dans une maison particulière lors du passage de son régiment dans une ville de province, rencontre sur l'escalier, au moment où il sortait pour partir, la fille de son hôte, jeune demoiselle de quinze ans, pure et timide, et l'embrasse de vive force sur la bouche. Quelques mois après cette violence, la peau de la jeune fille se recouvre de taches cuivreuses et de pustules qui, comme on doit le penser, ne sont point traitées par les moyens antisyphilitiques et ne guérissent point. Le père conduit enfin sa fille à Paris, où on lui découvre la nature du mal, et où un traitement convenable en triomphe.

Un homme, ne soupçonnant nullement la santé d'une de ses parentes, lui donna, en la quittant, un baiser qui effleura assez légèrement les lèvres; chez lui, aucune excitation, aucune pensée lascive, et cependant une ulcération caractéristique se déclare peu de jours après et est suivie d'une éruption pustuleuse d'un caractère non douteux.

Et encore : une nièce de cet homme, âgée de treize ans, vient lui faire ses adieux avant de rentrer en pension et reçoit un baiser, et cette même nièce eut bientôt après aussi une ulcération aux lèvres et une éruption pustuleuse de la peau.

Si ces faits ne suffisaient point, nous citerions l'histoire d'une sage-femme veuve d'un médecin, et présentant toutes les garanties morales possibles, qui, il y a à peine trois mois, a consulté M. Biett pour une syphilide pustulo-crustacée qu'elle a gagnée en pratiquant un accouchement impur, et celle d'un accoucheur qui, il y a quelques années, a péri à la suite de la plus terrible des affections syphilitiques, qui lui avait été transmise de la même manière. Ajoutons encore un fait intéressant :

Deux enfans, l'un âgé de dix ans et l'autre de quatre ans, sont amenés par leur mère à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et M. Biett constate chez tous deux une affection syphilitique évidente. L'aîné, qui présentait une excroissance à l'anus ayant la forme d'un chou-fleur, pressé de questions, finit par avouer qu'il avait été séduit par un de ces hommes infâmes qui font honte à l'humanité, et qu'entraîné hors Paris, on avait exercé sur lui quelques violences. Mais comment était survenue l'affection du jeune frère, âgé seulement de quatre ans, et plein d'innocence et de candeur, et qui néanmoins avait une excroissance semblable à la commissure des lèvres? L'aîné se maintenant dans une dénégation complète, le pauvre petit finit par raconter que son frère, avec lequel il couchait, avait à plusieurs reprises posé son doigt à l'anus, et le lui avait passé sur les lèvres. On voit ici la cause et l'effet d'une manière évidente.

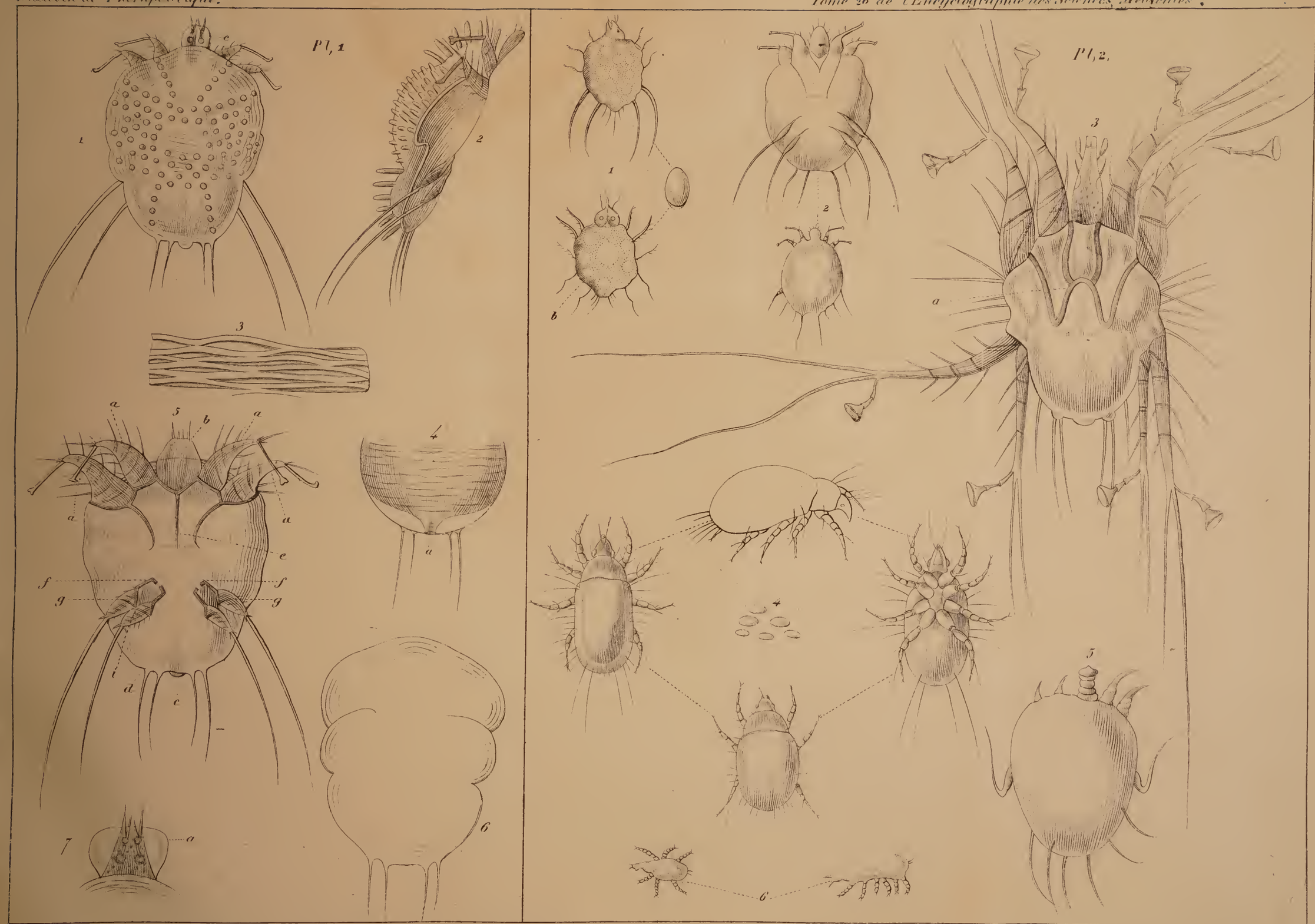
Peut-on démontrer d'une manière plus claire la contagion de la syphilis? Ces faits, qui pourraient être multipliés, peuvent être opposés avec avantage à ceux qui nient le virus vénérien. Dès l'instant que la maladie peut se communiquer sans excitation physiologique, il y a là une cause matérielle quelconque qui passe d'un individu à un autre, et produit une modification analogue par son contact. Appelez-le virus, principe, etc., le nom importe peu; mais le fait est clair et saillant pour tous les yeux.

NUMÉRO SUPPLÉMENTAIRE.

MÉMOIRE COMPARATIF
SUR
L'HISTOIRE NATURELLE
DE
L'INSECTE DE LA GALE,

PAR F.-V. RASPAIL.

De temps immémorial, les habitans des contrées méridionales de l'Europe ont reconnu l'existence d'un insecte, d'un pou particulier à la maladie de la gale; les femmes du



Insecte de la gale de l'homme retrouvé à Paris en 1854.

1,2,3 Figures grossières mais authentiques de l'insecte de la gale de l'homme publiées par les premiers observateurs 4,6. Figures de l'insecte du fromage substitué à l'insecte de la gale par MM. Galès et Patrix. 5 Insecte du cheval.

peuple de ces pays savent l'extraire avec la pointe d'une épingle, pour l'écraser sur l'ongle, comme elles écrasent un pou ordinaire, et en débarrasser d'autant leurs petits enfans.

Dès le douzième siècle, Abynzoar en a fait une mention spéciale.

Au dix-septième, Moufet, médecin anglais, a, pour ainsi dire, remis en lumière l'existence de ce ciron, en la faisant passer des traditions populaires dans les livres de thérapeutique. A la même époque, Hauptman et Hafenreffer en ont fait aussi mention.

Mais la première figure qui en ait été publiée date de l'année 1682. On la trouve dans les *Acta eruditorum* de cette année, pag. 317, tab. 17, fig. EEE. L'auteur anonyme de cette note a dessiné l'insecte d'après nature. J'ai eu soin de reproduire cette figure sur la planche 2 de ce mémoire (fig. 5). Cette figure est moins incorrecte qu'informe; il est facile de s'assurer que tout s'y trouve dans les détails et que tout pèche par la forme; c'est une ébauche, ou plutôt c'est la caricature de l'insecte de la gale; mais alors on ne prenait pas mieux le signalement des êtres microscopiques; c'était déjà beaucoup que d'en avoir compté les poils principaux; et ici ils se trouvent tous avec exactitude, si parmi les grands poils on veut compter les pattes.

En 1687, Joh. Cosme Bonomo écrivit à Redi, sur ce sujet, une lettre qui a paru en 1691 dans les *Miscellanea nat. curiosorum*. Là, l'auteur, qui tenait ses premiers renseignemens d'Hyacinthe Cestoni, donne la description détaillée et la figure de l'insecte que les traditions populaires, ainsi que quelques auteurs anciens, signalaient dans les pustules des galeux. L'auteur décrivait et dessinait cette mite d'après nature.

Richard Mead (*Trans. phil.*, 1703) et Baker (microscope à la portée de tout le monde, pl. XIII), reproduisirent les figures de Bonomo. J'ai eu soin de les reproduire à mon tour sur la planche 2 de ce mémoire (figure 1re). Ces figures ne sont pas brillantes; mais on y observe déjà un plus grand nombre de détails, qui, malgré leur incorrection, décèlent pourtant une observation plus suivie.

A la même époque que Bonomo et Cestoni, c'est-à-dire en 1691, Bonani publia la description et la figure d'un insecte que le père Baldigiani lui écrivait avoir trouvé dans un bouton survenu au visage d'un élève du collége des jésuites de Rome, et dont il lui faisait passer quatre individus. Cette figure est la même que celle de Bonomo (voyez la même planche 2 de notre mémoire, fig. 1).

Les grands observateurs du Nord, tels que Schwarmerdam, Leeuwenhoek et Réaumur, ne nous ont laissé, à cet égard, rien qui nous indique que cet insecte se soit jamais présenté à leurs investigations. Il n'est pas étonnant que l'insecte de la gale ait plus spécialement fixé l'attention des auteurs méridionaux; car la gale, beaucoup moins commune et beaucoup moins intense, enfin beaucoup moins populaire dans les contrées septentrionales que dans le midi, a pu échapper totalement à la connaissance de nos savans de cabinet.

Linnæus lui-même n'a basé ses distinctions spécifiques que sur les figures de Bonomo, et, comme ce dernier avait figuré sur la même planche, et avec la même incorrection, l'insecte de la gale et celui de la farine, le savant Suédois a été induit à réunir, comme variétés de la même espèce, ces deux insectes, dont on pourra plus bas apprécier l'énorme différence spécifique.

Cette différence n'échappa point à Degeer, qui figura à son tour (*Mém. pour servir à l'hist. des insectes*, tom. 7, pl. 5.) et l'insecte de la farine et l'insecte de la gale, avec une vérité de crayon qui ne laissait plus le moindre doute sur la différence générique de ces deux cirons. Voy. la pl. 2, fig. 2 de ce mémoire.

Enfin en 1791, Wichman, médecin de Hanovre, publia à son tour un travail spécial sur ce sujet; et Goeze vérifia de ses propres yeux les assertions et les figures de Wichman.

En France, les observateurs, depuis cette époque, furent, ou bien moins favorisés par le hasard, ou bien moins habiles et moins patiens, et l'insecte de la gale échappa long-temps à leurs recherches.

Enfin, en 1812, un élève de l'hôpital Saint-Louis, natif du département de la Haute-Garonne, se livra, sur l'invitation de M. Alibert à des recherches sur la gale, dont il consigna les résultats dans sa thèse. M. J. C. Galès (1) annonça avoir trouvé l'insecte de la gale; il prit à témoin les plus grandes célébrités de l'Institut et de la Faculté de médecine (2), qui toutes applaudirent à son succès et assurèrent avoir vu de leurs propres yeux cette mite si long-temps perdue.

L'auteur joignit à son mémoire une belle planche dessinée par M. Meunier, habile peintre d'histoire naturelle. Le scepticisme ne trouvait donc plus rien à mordre sur un faisceau aussi brillant de témoignages compétens. Depuis cette époque, les figures de M. Galès étaient devenues classiques : on les trouve calquées dans les ouvrages élémentaires d'entomologie et dans les premières éditions de l'ouvrage de M. Alibert sur les maladies de la peau. M. Latreille, auteur du genre sarcoptes, les cite comme des figures authentiques, et M. Lamark, bien loin de révoquer en doute les assertions de M. Galès (*Anim. sans vert.*, tom. V, p. 57.), a été porté à croire, en comparant les figures de M. Galès et celles de Degeer, que peut-être la gale renfermait deux espèces d'insectes.

Cependant on aurait volontiers été enclin à penser que l'art de rendre visible ce ciron, était un secret dont M. Galès, par droit, je ne dirai pas de son nom, mais de son habileté, avait conservé la possession exclusive. Car, depuis la publication de sa thèse, bien des docteurs de Paris firent de vains efforts pour retrouver et étudier de leurs propres yeux l'insecte des galeux. Cet insuccès de la part des maîtres, dans des recherches où un écolier avait réussi, ramena l'incrédulité dans les esprits les moins difficiles; et M. Lugol, médecin, comme M. Alibert, de l'hôpital Saint-Louis, fit an-

---

(1) On a dit que le choix du sujet à traiter naquit d'une plaisanterie, d'un mauvais calembour, en sorte que si l'auteur ne s'était pas appelé Galès, la science eût été à l'abri de la thèse sur la gale. Ces mauvaises plaisanteries portent toujours malheur.

(2) MM. Leroux, Bosc, Olivier, Latreille, Duméril, Pelletan, Thillaye, Désormeaux, Richerand, Delaporte, Alibert et Dubois.

noncer dans la *Lancette française* du 28 juillet, qu'il donnerait cent écus à l'élève qui parviendrait à lui montrer le ciron des galeux. Ce n'était pas là un prix, mais un pari; un encouragement, mais un défi; un doute, mais un démenti formel donné à tous les auteurs qui soutiennent avoir vu un insecte dans la gale humaine. Une polémique s'engagea à cet égard entre les élèves de M. Lugol, et ceux de M. Alibert, et elle me fournit l'occasion d'évaluer les raisons de part et d'autre, et de me livrer à quelques recherches originales sur ce point (1).

J'examinai minutieusement au microscope le produit de près de deux cents pustules qu'avait la complaisance de m'apporter, chaque jour, entre autres élèves, M. Meynier, jeune chirurgien de la marine. Je ne fus pas plus heureux que les autres. Mais je me gardai bien d'en conclure qu'il fallait reléguer dans les fables, l'existence de l'*acarus* des galeux; les auteurs qui l'ont figuré et qui assurent l'avoir vu, sont des auteurs dont la bonne foi n'a jamais été suspectée, et qui en outre, pour la plupart, nous ont laissé un assez grand nombre de figures dont l'exactitude est constatée par le témoignage de tous les observateurs. J'attribuai notre insuccès, ou à l'influence du climat de Paris, ou à celle des médicamens, ou enfin à notre inexpérience dans l'art de trouver le gîte de l'insecte.

Cependant, me disais-je, toutes ces causes de désappointement existaient tout aussi bien, au moins, pour M. Galès que pour nous. Comment se fait-il donc que cet élève ait trouvé, et qu'il ait montré tant de fois un insecte que tant de maîtres cherchent depuis lui inutilement?

La comparaison des figures des auteurs anciens, avec celles de M. Galès, me mit sur la voie du doute qui ne tarda pas à s'éclaircir pour moi, lorsque j'eus confronté avec les figures, dessinées par M. Meunier, de l'insecte que M. Galès a fait voir à ces messieurs, l'insecte du fromage ou celui de la farine; car ce sont les mêmes. Je restai convaincu que M. Galès avait mystifié les plus grands savans de la capitale, comme jamais on n'a mystifié des savans, et qu'au lieu de l'*acarus* de la gale de l'homme, il avait été assez adroit pour leur montrer l'*acarus* du fromage gâté ou de la farine échauffée. Mais je soutenais qu'en dépit de cette mystification, cet insecte se retrouverait avec les formes principales de la figure de Degeer: et j'invitais, surtout les observateurs méridionaux, à nous en envoyer de bonnes figures.

On ne m'aurait pas cru, si, dans un travail *ex-professo*, j'avais dévoilé tout à coup une mystification aussi éclatante. Qui aurait consenti à admettre que nos célébrités entomologiques se fussent laissé prendre dans les faibles filets d'un débutant? pour faire croire à la mystification de 1812, il me vint dans l'esprit de la reproduire en 1829, et je fus admirablement bien servi en ce stratagème, par l'adresse et l'imperturbable présence d'esprit de mon élève M. Meynier, qui, je me hâte de le dire, possédait des talens plus positifs que ceux qu'il mit si bien à contribution ce jour-là; c'était le 2 septembre.

M. Meynier annonça à M. Lugol qu'il venait enfin de retrouver l'insecte de la gale, et qu'il se faisait fort de le montrer publiquement; des affaires extraordinaires empêchèrent M. Lugol d'assister à ces expériences; mais elles furent faites en présence d'un assez grand concours d'assistans, parmi lesquels on comptait MM. J. Cloquet, Bailly, etc.

Toutes les précautions furent prises pour que l'impureté de l'eau n'induisît personne en erreur. Le verre sur lequel on déposa le liquide des pustules galeuses, fut placé sur le porte-objet du microscope; alors M. Meynier étend du doigt le liquide, et tous les assistans se récrient, en regardant au microscope, qu'enfin l'insecte de la gale si bien figuré par M. Galès était retrouvé. C'est bien celui que j'ai vu cent fois, s'écria M. J. Cloquet; et chacun de dire, M. Lugol a perdu ses cent écus. Quand l'effet eut été produit, nous nous hâtâmes de perdre les cent écus avant de les toucher, de faire savoir que l'insecte, vu si bien et par tant de personnes à l'hôpital Saint-Louis, n'était que l'insecte du fromage, qu'à l'insu des assistans M. Meynier avait placé sur le porte-objet en agitant le liquide avec l'ongle; car c'est là que le mystificateur avait niché la population qui pullule dans le fromage.

Je profitai de la disposition des esprits pour publier, dans les *Annales des Sciences d'observation*, la dissertation relative au ciron de la gale.

Les conclusions de ce travail étaient que M. Alibert avait tort d'admettre que M. Galès avait vu et fait voir l'insecte de la gale, et que d'un autre côté M. Lugol avait tort de nier l'existence de cet insecte, et de réduire au rang des fables tout ce que les observateurs les plus habiles et les plus consciencieux en ont écrit et figuré. Pour rendre la double démonstration plus complète, je joignis à cette dissertation une planche comparative des dessins publiés par divers auteurs, parmi lesquels je n'oubliai pas le beau dessin de la mystification de M. Galès. Je le reproduis ici, pl. 2. fig. 4.

M. Galès garda un silence que rien au monde n'a pu lui faire rompre depuis.

Mais ce travail mit en émoi les autorités compromises, et M. Patrix se chargea du soin de les défendre. Ce médecin fit annoncer par la *Lancette française* une séance solennelle à l'Hôtel-Dieu, dans laquelle il promettait de ressusciter l'insecte de M. Galès, et de le montrer aux plus incrédules. Des invitations spéciales furent adressées à MM. Lugol, Alibert, Duméril, Latreille; et je ne fus pas oublié dans le nombre.

M. Patrix doutait si peu du succès de ses recherches, qu'il fit imprimer la veille, sous forme de programme, le procès-verbal futur de la séance du lendemain, avec ce titre: *Extrait de l'Iconographie pathologique; nouvelles recherches sur l'insecte de la gale humaine commencées à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de M. le baron Dupuytren, le 22 octobre* 1829; par E. G. Patrix. Cet extrait, qui n'a jamais paru dans l'*Iconographie pathologique*, ou plutôt ce procès-verbal par anticipation, enfin ce programme rédigé au passé, fut distribué avec profusion, avant la séance, aux nombreux assistans.

A l'exception de MM. Lugol, Alibert, Duméril, Latreille et Dupuytren, tous les invités s'y rendirent. Un énorme appareil de verres de montre chauffés au bain de sable se trouvait

(1) Voy. *Annales des sciences d'observation*, tom. II. n° 3, p. 446. 1829.

disposé dans l'amphithéâtre, pour recevoir l'insecte méridional, pour ainsi dire, en serre chaude. M. Thillaye, le témoin micrographe de la première mystification d'après M. Galès, fut convoqué par M. Patrix, avec son beau microscope de la faculté ; et M. Delètre, sur les invitations de M. Patrix, tenait son crayon levé sur ses tablettes, pour saisir d'un trait cet insecte fugitif à l'instant de son apparition. Vaines tentatives ! l'insecte ne parut pas, quoique les galeux se prêtassent de fort bonne grâce aux recherches de M. Patrix.

L'observateur, un peu désappointé, nous convoqua pour la séance suivante ; mais afin de ne pas renvoyer l'assemblée sans avoir obtenu un résultat, je profitai de l'occasion pour placer simultanément, sous les yeux du public, et les dessins de M. Galès et l'insecte du vieux fromage que les marchands du voisinage vendirent pendant quelques jours plus cher que le fromage frais. L'identité fut constatée par tous ceux qui mirent l'œil au microscope, et personne ne douta plus de l'insuccès de la séance nouvelle indiquée par M. Patrix.

A la séance suivante, M. Dupuytren présida, et l'habileté de M. Patrix resta encore stérile. M. Dupuytren lui fit observer qu'il était urgent de changer les temps des verbes du programme de la séance précédente ; car les programmes se rédigent au futur et non au parfait ; qu'enfin, sans cette rectification, ce programme serait une imposture. M. Patrix le promit ; je pense que le public le dispensa de remplir sa promesse ; mais, au lieu d'une rectification, M. Patrix continua à distribuer son mémoire, en y ajoutant la planche qu'il avait publiée en 1812, de l'insecte de M. Galès, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*. Cette planche portait en titre : *Sarcopte de la gale humaine, trouvé et dessiné par M. Patrix le 26 mai* 1812. Or, le faux programme portait qu'on l'avait retrouvé le 22 octobre 1829. Tout cela vous paraîtra bien extraordinaire ; mais je possède les pièces, et j'en donne au public un échantillon sur la deuxième planche, fig. 6, où j'ai pris soin de faire calquer deux des figures de M. Patrix, qui m'a l'air de n'avoir fait lui-même que calquer les mauvaises figures de l'insecte de la farine, publiées par Bonomo à côté des figures de l'insecte de la gale sur la planche des *Miscellanea naturæ curiosorum*, 1691.

Depuis cette époque, la justice que le public savant accordait aux recherches de MM. Galès et Patrix, le rendit en général injuste envers les observateurs anciens ; et à cet égard, l'on ne crut plus à rien, parce qu'on avait été trompé sur une chose ; l'insecte de la gale n'existait plus, parce que M Galès avait montré l'insecte du fromage ou de la farine.

La question en était là, lorsqu'en 1831, Aymé, le jardinier d'Alfort, et deux élèves de cet établissement, m'adressèrent des débris de la gale du cheval, qui grouillaient à la vue simple. C'étaient des insectes bien vivans, que je me hâtai d'observer au microscope et de dessiner avec soin. Il est inutile de faire observer que ces insectes n'avaient pas le moindre rapport de ressemblance avec les figures de M. Galès, aux yeux d'un homme exercé à l'étude des corps microscopiques. Mais par la conformation générale, ils se rapprochaient beaucoup de la figure de Degeer ; j'en publiai la description dans la *Lancette* du 13 août 1831, et je l'ai reproduite dans le *Nouveau Système de chimie microscopique*, pl. 10, fig. 7, 8, 9, 10, en annonçant que l'on retrouverait sûrement un jour celui des pustules de la gale humaine, et qu'on s'assurerait de l'exactitude générale du croquis de Degeer.

Mes prévisions se sont toutes vérifiées, et je ne sais encore m'expliquer comment elles ont tant tardé à l'être ; car, entre autres auteurs, Casal nous a laissé une espèce d'itinéraire de l'insecte, qui aurait dû mettre les médecins sur les traces de cet animal. En effet, a dit cet auteur, qui les avait bien des fois observés dans les Asturies, « l'insecte s'engendre sous l'épiderme ; on l'appelle, et à juste titre, le laboureur, car il laboure la peau entre le derme et l'épiderme ; il avance à la manière des lapins, et laisse derrière lui son terrier en forme d'un sillon, qui est très-visible à un œil ordinaire, lorsqu'il est éclairé par une lumière assez vive. Dans les pays des Asturies, il n'est par rare de trouver des personnes qui savent extraire des animalcules avec la plus grande habileté à la pointe d'une aiguille : elles le placent sur un verre poli où on le voit courir. »

Ce que Casal a rapporté des Asturies, on l'observe de la même manière dans toutes les provinces méridionales de l'Europe, et les bonnes femmes n'ont pas besoin d'avoir recours à la mystification de M. Galès, pour montrer aux curieux l'insecte qui démange la peau de leurs nourrissons.

M. Renucci, élève en médecine, natif de la Corse, et qui avait eu de si fréquentes occasions de remarquer dans cette province de la France ce que Casal avait observé dans les Asturies, M. Renucci apprit avec étonnement, en assistant aux cours de la capitale, que l'existence de l'*acarus* de la gale donnait lieu à une polémique assez animée. Il se mit à examiner les galeux de la capitale, et par les procédés usités dans son pays, il s'assura que cet insecte se trouvait à Paris comme en Corse. Ses indications ont été si positives, que chaque médecin peut aujourd'hui extraire cet *acarus* avec la même dextérité que les habitans des Asturies, de Corse et de Naples. Car, au bout du sillon dont a parlé Casal, M. Renucci a fait remarquer un point blanc qui, lorsqu'on le rencontre, indique infailliblement la présence de l'*acarus* ; on n'a alors qu'à plonger au-dessous de ce point l'extrémité d'une épingle, à soulever l'épiderme, pour emporter l'insecte au-dehors, tout vivant et non mutilé.

Cette révélation de M. Renucci réveilla la polémique, et ramena M. Lugol dans l'arène. M. Renucci eut la complaisance de m'inviter à lui prêter le secours de mon observation pour convaincre les plus incrédules ; j'attachais un trop grand intérêt à cette question pour manquer au rendez-vous. Le premier insecte qu'on nous présenta était un insecte mort sur le verre de montre depuis un jour. Il me suffit de le voir au microscope pour assurer à M. Lugol qu'il avait perdu son pari (1) ; que la gale seule pouvait avoir produit cet insecte ; car il offrait déjà les principaux caractères génériques de l'*acarus* de la gale du cheval, et il rappelait,

(1) M. Lugol s'est rendu à l'évidence de la meilleure grâce du monde.

aussi bien qu'il était possible de le désirer, la figure de Degeer.

On ne tarda pas à nous en apporter de vivans; M. Eméry lui-même en tira un individu de la pustule d'un galeux, et dès ce moment tous les doutes furent levés, et la question fut décidée. Depuis, j'ai eu deux ou trois fois occasion de prêter le faible secours de mon expérience à de nouvelles recherches faites sur les indications de M. Renucci, et il n'est pas une seule notabilité médicale de la capitale, je pense, qui n'ait eu occasion de se former sa conviction par ses propres yeux. C'est dans ces premières séances que j'ai démontré les différences spécifiques qui distinguent *l'acarus* de la gale de l'homme, de *l'acarus* de la gale du cheval, en présentant simultanément les figures des deux espèces de mites. Tel est l'historique de la question; passons à l'histoire naturelle de l'insecte.

Insecte de la gale de l'homme (pl. 1, fig. 1—7).

Cet insecte est blanc à la vue simple; avec de bons yeux on distingue sur une portion de sa circonférence quelques points bruns-rougeâtres. Il n'est pas besoin d'un verre grossissant pour le voir courir sur une surface colorée. Il a environ un demi-millimètre en diamètre.

A la simple loupe, on peut déjà compter ses pattes, distinguer son museau, et reconnaitre tous les détails que Degeer a rendus d'une manière si vague, et si peu en harmonie avec les notions d'entomologie, parce qu'il parait que Degeer a cherché à rendre servilement ce qu'il voyait à la loupe simple, et sans chercher à l'évaluer à de plus forts grossissemens. Je conseille même, en procédant à l'étude de cet insecte, de commencer par l'étudier à la simple loupe; on obtient ainsi beaucoup plus facilement les rapports mutuels des organes et leurs dimensions relatives. Mais pour arriver à l'exactitude d'une description complète il faut employer ensuite de plus forts grossissemens, varier le jeu de la lumière par réflexion et par réfraction, en revenir toujours, pour la vérification, au microscope simple, qui, dans tous les cas, offre à l'observateur exercé des avantages immenses sur les meilleurs microscopes composés, en ce que, sans grossir autant, à la vérité, *il n'altère jamais l'image et en révèle bien des détails qui se perdent au microscope composé.* Croyez-en mon expérience : j'ai vu à cet égard bien des désappointemens et bien des convictions ébranlées.

L'usage des réactifs devient encore indispensable pour donner à des organes opaques et indéterminables la transparence qui seule au microscope permet de les rendre avec vérité. Ainsi je me suis servi avec succès de l'acide acétique concentré pour vérifier la disposition des points qu'on observe sur le dos de l'insecte. Un séjour de vingt-quatre heures de cet insecte dans ce réactif, emprisonné dans un de ces appareils que j'ai désignés, dans ma *chimie organique*, sous le nom de *porte-objets à réactifs*, suffit pour rendre transparent l'animal, en dissolvant une grande quantité des sucs albumineux qui entrent dans son organisation.

Mais c'est surtout à la faveur des divers mouvemens que fait l'insecte vivant, qu'on arrive à découvrir bien des choses; et cet insecte vit assez long-temps, quelquefois jusqu'à cinq ou six jours.

Lorsque l'insecte marche et qu'on l'observe de champ au microscope (fig. 1, pl. 1), il parait aplati; et dans les endroits transparens il offre des stries courbes et parallèles qui lui donnent l'aspect d'une écaille de poisson vue au même grossissement. Ses pattes antérieures et sa tête sont susceptibles de se cacher sous le corps en se courbant en dessous, et l'on dirait alors que ces cinq organes sont rentrés dans la carapace, comme le font les membres analogues de la tortue. Ce qui favorise ce mouvement, c'est la conformation de la surface dorsale de l'insecte, qui déborde tout le corps, s'avance comme un toit sur les pattes antérieures et la tête. La portion postérieure du corps de cet animal placé dans la même position, offre huit poils inégaux graduellement et les plus courts vers l'anus. Quatre de ces poils appartiennent aux quatre pattes postérieures, et les quatre autres sont insérés, deux de chaque côté de l'anus, sur quatre petits tubercules qu'on ne distingue bien qu'en les faisant saillir au dehors par la pression de la pointe d'une aiguille.

Sur le disque de cette surface dorsale on distingue un système de points brillans dont j'ai imité la disposition et presque le nombre, en les comptant sur un individu qui avait séjourné dans l'acide acétique concentré.

Si l'on se contentait de l'observation sous ce jour, on serait porté à regarder l'insecte comme étant aplati, et ces points comme étant de simples petits cercles. Mais on se détrompe facilement, en observant l'animal de profil (fig. 2, pl. 1). On s'assure alors que la grande tache blanche du centre présente une grosse bosse, que la surface antérieure et la surface postérieure sont bombées également, et que chacun de ces petits cercles du dos est surmonté d'un poil transparent inflexible. Les quatre rangées de points qui descendent vers l'anus et vers la tête offrent les poils les plus longs.

Les contours du corps offrent des lobes de différentes formes, selon les mouvemens de l'animal et les positions qu'il affecte. J'ai représenté celles qui se présentent le plus généralement. Dans l'acide acétique concentré, ces contours finissent par se réduire à la forme que représente la fig. 6, pl. 1. Quant aux stries dont j'ai parlé plus haut, elles couvrent toute la superficie du corps. On aurait tort de croire que ce sont de simples plis de la peau : c'est un vaste réseau cellulaire, dont les cellules sont linéaires et en creux, et les interstices que j'appelle vasculaires sont en relief. Ce réseau oppose une grande résistance aux instrumens tranchans; et on le retrouve sur beaucoup d'autres animaux inférieurs, tels que *l'acaris vermicularis*, ou principalement sur l'épiderme d'une foule de plantes. Je l'ai représenté fig. 3, vu et analysé à un fort grossissement. La résistance dont je parle est si forte qu'il serait difficile à l'observateur, avec la meilleure volonté, de tuer l'insecte avec la pointe d'une aiguille, lorsqu'il procède à son extraction : car il m'est très-difficile, à la loupe et à l'aide de mes instrumens de dissection, de parvenir à l'écraser et à le diviser; il glisse et bondit sous l'instrument, et les poils raides qui hérissent son dos ne servent pas peu à compliquer la difficulté de son anatomie. On sent alors que non-seulement son corps jouit d'une certaine dureté, mais que ses pattes et son museau, auxquels la réfraction de la lumière prête une délicatesse appa-

rente, en les rendant diaphanes, sont écailleux et cornés, et ne ploient pas sous l'instrument.

Tel est l'aspect général et détaillé de l'insecte, observé lorsqu'il marche et qu'il présente le dos à l'œil de l'observateur.

Mais lorsqu'on le renverse sur le dos pour l'observer sur la surface inférieure de son corps (fig. 5. pl. 1), son organisation se complique et demande une étude plus minutieuse. On voit très-bien alors que les quatre pattes antérieures (*aaaa*) et la tête (*b*) sont implantées dans tout autant de fourreaux, dans lesquels cependant il leur est impossible de rentrer. Ces fourreaux forment une espèce de plastron (*e*) d'un effet singulier.

La tête est insérée dans un angle dont le sommet se prolonge sur le thorax en une ligne d'un rouge doré. Cette tête est d'une assez grande simplicité, purpurine et courbée en dessous par son suçoir, qui ne m'a paru formé d'aucun système visible de pièces mandibulaires. Dans l'acide acétique, on observe sur ses deux côtés deux vésicules transparentes (*a*) qu'on prendrait volontiers pour les deux yeux (fig. 7, pl. 1); on observe sur la nuque deux paires de gros points surmontés chacun d'un poil. Ces poils, lorsqu'ils dépassent la tête courbée, ont l'air d'être inégaux, parce que deux sont insérés sur la paire postérieure et deux sur la paire antérieure (fig. 1, pl. 1 (*c*).

Les bords du fourreau des deux pattes les plus voisines de la tête se prolongent en deux lignes rougeâtres, et se rapprochent jusqu'à la hauteur de la ligne qui part du cou de l'animal. Les bords du fourreau des deux autres se réunissent en lignes rouges à la convexité des lignes dont nous venons de parler; sorte de travail qui imite une espèce d'évantail. Les pattes se composent de quatre articulations et d'une pièce basilaire oblique, qui offre comme un triangle dont l'hypothénuse est tournée du côté de la partie postérieure du corps. Chacune de ces articulations est hérissée de poils dont on n'aperçoit que ceux qui se placent sur le côté. La dernière articulation est hérissée de piquans très-courts, et armée en dessous d'un poil raide qui est terminé par un évasement flexible et susceptible de faire le vide, comme les pelottes visqueuses de certains animaux supérieurs, tels que les rainettes. Ces pelottes lui servent, en s'appliquant contre les surfaces, à se fixer sur tous les plans. Les articulations sont peu distinctes et il faut de longues observations pour les compter. Ces cinq membres antérieurs sont recouverts à moitié, comme je l'ai dit plus haut, par la saillie de la surface dorsale du corps.

Sur le ventre, on aperçoit deux paires d'autres organes, que Degeer a rendus grotesquement par quatre poils enflés vers leur base et attachés au ventre. Ces quatre prétendus poils sont les quatre jambes postérieures, qui, quoique plus courtes de beaucoup que les antérieures, possèdent la même organisation principale; seulement elles sont privées de l'appareil propre à la marche que je désignerai sous le nom d'*ambulacrum*. A part cette légère circonstance, on y retrouve tout ce qu'on a observé sur les pattes antérieures, 1° la ligne rougeâtre (*f*) qui borde le fourreau, l'ouverture du fourreau (*g*), l'hypothénuse (*i*) et les quatre articulations. Ici les *ambulacrum* sont remplacés par des poils très-longs. En tout, celles de ces pattes postérieures qui se trouvent les plus voisines de la tête sont plus développées que les deux postérieures. Quand on observe à la loupe, ce système de pattes rappelle très-bien la figure de Degeer, et la ligne rouge qui borde le fourreau semble être un poil qui s'enfle en une vésicule rouge à la région de la patte, et s'effile en poil blanc au sommet de la vésicule.

L'anus est tantôt saillant et tantôt caché; mais pour le rendre très-sensible à la vue, on n'a qu'à laisser dessécher l'insecte; alors le derme reste avec sa forme, à cause de sa dureté; l'abdomen se retire, et la direction de l'anus se dessine à travers la transparence du derme, comme le montre la fig. 4, pl. *a*.

La couleur extérieure de cet animal est d'un blanc de neige, à part les pattes et le museau; mais si on l'observe par réfraction, il paraît jaune, ainsi que tous les tissus blancs des animaux; ce qui provient de la décomposition des rayons lumineux qui traversent la substance organique, décomposition en vertu de laquelle les rayons les moins réfrangibles, tels que le jaune, arrivent seuls à l'objectif.

Quoique les poils des membres antérieurs de cet insecte soient dirigés en avant, on conçoit qu'ayant la faculté de replier ses pattes et son museau de dessous, ces poils ne forment aucun obstacle à sa marche lorsqu'il fouille la peau. Mais ce qui lui rend ce travail facile, c'est la présence des papilles si dures qui hérissent son dos, et qui, dirigées en arrière, servent à opérer une résistance en arrière, et à rendre le recul impossible; surtout c'est la dureté écailleuse de l'enveloppe externe qui lui forme comme une espèce de carapace de tortue. Il me semble avoir observé que la surface ventrale est striée comme la surface dorsale.

Insecte de la gale du cheval. (Fig. 3, pl. 2.)

Cet insecte a les plus grands rapports d'organisation avec celui de la gale de l'homme; et les différences qu'il présente sont de la nature de celles qui constituent, en histoire naturelle, une espèce et non un genre. Elles nous autorisent à penser que l'espèce de ces parasites varie avec l'espèce d'animal galeux, et qu'en conséquence le mouton galeux doit offrir un *acarus* différent de celui du bouc, etc.

Les trois différences principales de l'*acarus* du cheval galeux se trouvent dans les dimensions et l'insertion des quatre pattes postérieures, dans la présence des *ambulacrum* sur les huit pattes, et enfin dans les deux articulations de ces *ambulacrum*, tandis que ceux de l'insecte de l'homme ont la tige simple et inflexible.

Sous le rapport des dimensions du corps, de sa couleur blanc de neige, et de la couleur purpurine des pattes et du museau, l'insecte du cheval ne diffère pas de celui de l'homme. La femelle a un seizième de ligne en longueur, et un dix-septième en largeur. Le mâle est plus petit et je crois d'une conformation extérieure un peu différente. Le corps de l'animal forme moins l'écaille de tortue que celui de la gale de l'homme, et les stries du dos sont moins apparentes. Les articulations des pattes sont plus faciles à compter que sur ce dernier. L'extrémité des tarses est terminée par deux longs poils. Les deux paires de pattes postérieures sont très-longues, inégales comme dans l'acarus de l'homme, insérées non sur le ventre, mais sur les côtés du corps. L'anus est placé

entre quatre poils, qui s'insèrent deux par deux sur un tubercule placé de chaque côté de cet organe. Pour le plastron (fig. 3, pl. 2, *a.*) l'insecte du cheval diffère encore essentiellement de celui de la gale de l'homme. Sur la figure, les pattes sont un peu trop allongées; j'ai voulu rendre visibles beaucoup de détails qu'on n'aurait pas aperçus sans cela.

Dans le cours des observations que j'ai eu occasion de faire sur ces insectes, il m'est souvent arrivé de les surprendre accouplés, et ils tenaient alors anus contre anus, les pattes postérieures cachées sous le ventre, et peut-être leur servant à se retenir mutuellement dans l'acte de la copulation.

Insecte de la farine et du fromage, et différences génériques qui le distinguent des insectes de la gale. (Fig. 4, pl. 2.)

Cet animal est blanc de neige comme les deux précédens, il a le museau et les pattes purpurines comme eux; mais il est ovoïde et non arrondi, comme les premiers; son museau est différemment conformé; enfin l'insertion des pattes et leur conformation ne permettent pas de le rapprocher même génériquement de l'*acarus* de la gale.

Les pattes sont toutes insérées autour d'un petit plastron ovale placé sur le milieu du thorax. On distingue sur le dos un corselet comme sur la plupart des insectes. Ses pattes ne sont pas terminées par ce tarse en pelotte, que j'ai appelé *ambulacrum*. Dans le jeune âge, ces insectes n'ont que six pattes; les deux postérieures leur poussent en vieillissant. J'ignore si le même phénomène a lieu chez l'insecte de la gale: je n'ai jamais eu occasion de rencontrer des individus privés d'une paire de pattes; et si l'on veut faire attention à l'organisation de l'insecte de la gale, on sera porté, comme moi, à penser qu'ils naissent avec leur huit pattes; car le système des pattes postérieures est tellement lié et indivisible, qu'il ne pourrait disparaître par moitié, et, en disparaissant tout entier, l'insecte naîtrait avec quatre pattes seulement, ce qui serait contraire à l'analogie.

Ces considérations nécessitent la séparation en deux genres des parasites du fromage et de la farine d'un côté, et de l'insecte de la gale de l'autre; en sorte que le premier restera t dans le genre mite (*acarus*) de Lamark, et le second dans celui du *sarcoptes* de M. Latreille, avec les caractères suivans:

Mite (*acarus*).

Corpus ovatum læve, thorace distincto. Pedes primo sex dein octo sub thorace et circa tuberculum ovatum inserti; ambulacris orbati. *Species; acarus siro*, mite de la farine ou du fromage, fig. 4, pl. 2.

Insecte de la gale (*sarcoptes*).

Corpus subrotundum utrinque quasi compressum, testudiniforme, albidum, striatum, supra dorsum papillis rigidis hirtum. Pedes octo, quatuor anteriores circa caput dispositi, et quasi palmati, quatuor postici distantes, et saltem quatuor anteriores ambulacris præditi.

SPECIES.

Sarcoptes hominis (fig. 1 — 7, pl. 1), sarcopte de l'homme.

Pedibus posticis ventri adfixis, multo brevioribus, et ambulacrorum expertibus, ambulacro simplici.

Sarcoptes equi, sarcopte du cheval (fig. 3, pl. 2).

Pedibus posticis lateribus adfixis, longioribus, cylindricis, ambulacrorum non expertibus, ambulacro biarticulato.

N B. On trouvera sans doute plus tard que chaque espèce d'animal galeux est dévoré par une espèce différente de ces insectes.

Rapport des figures publiées par les auteurs entre elles, et explications des planche 1 et 2.

Les considérations précédentes suffiront amplement pour mettre les auteurs à même de juger que, malgré leur incorrection, les figures des premiers observateurs rappellent l'aspect général de l'insecte, et même le nombre de ses organes principaux; on avouera qu'elles n'ont pu être dessinées que l'insecte sous les yeux.

PLANCHE I.

Fig. 1 et suivantes. Insecte de la gale de l'homme vu à un grossissement de 100 fois. — Fig. 1. L'insecte vu par le dos.

Fig. 2. Vu de profil, pour montrer les papilles rigides dont les bosses du dos sont hérissées.

Fig. 3. Stries qui présentent, sur toute la surface de son corps, une si grande résistance.

Fig. 4. Extrémité desséchée de l'insecte, pour en montrer l'anus.

Fig. 5. Insecte vu par le ventre. Comparez cette figure avec la fig. 2 de Degeer: l'identité est complète.

Fig. 6. Carapace de l'insecte, vu plongé dans l'acide acétique.

Fig. 7. Tête de l'insecte plongé dans l'acide acétique; les deux transparens latéraux semblent en être les yeux.

PLANCHE II.

Fig. 1. Insecte figuré par Bonomo; l'auteur a présenté à la fig. *b* ces bosses que nous avons eu occasion de remarquer sur le dos de l'insecte; si on ne compte pas trop rigoureusement les appendices dont le corps est entouré, on ne peut nier un instant que l'auteur s'est rapproché beaucoup de la nature.

La fig. 2 est celle de Degeer; c'est une ébauche pleine de vérité. La figure a été faite à la loupe.

Fig. 3. Insecte de la gale du cheval vu sur le ventre à un grossissement de 100 fois.

Fig. 4. Insecte du fromage et de la farine, que M. Galès a

fait passer pendant 18 ans pour l'insecte de la gale. Cette figure a été très-habilement dessinée par le peintre de M. Galès.

Fig. 5. C'est la figure tirée des actes des érudits. Le corps a été tracé à la hâte; mais le nombre des organes y est exact et l'animal s'offre souvent sous un jour qui représente très-bien cette figure, ainsi que celle de Bonomo.

Fig. 6. Insecte horriblement mal dessiné, ou peut-être calqué par M. Patrix sur de très-mauvaises figures de l'insecte du fromage publiées par Cestoni, pl. 1.

L'insecte est-il le parasite ou l'artisan de la gale?

La question a changé totalement de face, depuis qu'il a été démontré que l'insecte existe dans la gale de nos hopitaux, comme dans la gale des contrées méridionales, et que si, jusqu'à ce jour, on ne l'a pas trouvé, c'est parce qu'on l'avait mal cherché.

Pour décider la question, il faut donc reprendre les expériences d'après une nouvelle méthode.

Si le sillon que Casal appelle le *cuniculus* et qui est l'ouvrage de cet insecte fouisseur, se rencontre auprès de chaque pustule, alors même que l'insecte ne s'y retrouverait pas, ce serait déjà une grande probabilité pour croire que la pustule est l'effet de ce travail de l'insecte. Les pustules galeuses seraient alors des élaborations anormales déterminées par la présence et la succion d'un insecte, qui désorganiserait le tissu en s'en nourrissant; phénomène qu'on a tant d'occasion de remarquer sous l'épiderme des plantes, où la présence et le développement d'un insecte microscopique déterminent la formation d'excroissances dont les caractères sont constans, et dont les effets sont toujours identiques. Ce qui viendrait à l'appui de cette opinion, c'est qu'on ne trouve jamais l'insecte de la gale dans la pustule, qu'il parait même mourir quand on le plonge dans le pus qu'on en retire; en sorte que la pustule doit être non l'objet de sa friandise, mais l'effet de son travail sous-cutané.

Il est nécessaire que le médecin, placé pour ce genre d'observations plus convenablement que le naturaliste, se mette à la recherche de tout ce qui, sur l'épiderme, porterait le caractère d'un sillon, et qu'il assiste chaque jour, après avoir bien noté la localité, aux conséquences de ce travail de l'insecte : si la pustule se forme toujours consécutivement au sillon, et que le sillon ne se forme jamais après la pustule, il deviendra évident que la gale est le produit et non l'appât du sarcopte.

On a essayé l'inoculation de la gale par le pus de la pustule; ce moyen n'a jamais donné la gale à personne. M. Gras, de l'hôpital Saint-Louis, vient d'essayer de se donner la gale en se fixant sur la peau un de ces insectes, au moyen d'un verre de montre, sous lequel il le tient emprisonné. Il a observé que l'insecte s'était tracé un sillon, et qu'au bout de chaque sillon il s'est formé une pustule. Cependant, tout en admettant que l'insecte de la gale soit l'artisan de cette maladie cutanée, il faudra bien admettre que toutes les peaux ne seront pas dans une disposition telle que l'insecte soit porté à y faire son travail. Vous auriez beau couvrir certains rosiers par le puceron qui en dévore tant d'autres, le puceron n'y resterait pas long-temps; il faut qu'il rencontre dans les tissus une qualité qui convienne aux besoins de sa friandise, ou plutôt à ceux de sa nutrition.

J'ai eu l'occasion, dans le cours de ces recherches, d'examiner chimiquement les sels que cet animal abandonne à l'eau distillée dans laquelle on l'observe. Il reste sur le porte-objet des cubes déliquescens et entourés d'un liquide difficile à s'évaporer. Ces cubes m'ont paru être du sel marin; car ils se dissolvent dans l'eau, sans effervescence dans l'acide hydrochlorique, et avec la plus vive effervescence dans l'acide sulfurique concentré. Quant au liquide déliquescent, il provient d'une autre substance que je n'ai pu déterminer.

J'ai dit, dans mon *nouveau système de chimie organique*, que l'étude du pus et des produits animaux de la décomposition des solides et des liquides devrait désormais se diriger, non vers les globules qu'on y rencontre, globules qui n'en sont que des accidens, mais vers la connaissance des sels qui les distinguent, et parmi lesquels les sels à base d'ammoniaque et peut-être les hydrocyanates jouent un très-grand rôle. Mes recherches ultérieures me confirment de plus en plus dans cette opinion, et je ne saurais trop inviter les médecins à entrer dans cette voie nouvelle d'investigations organiques.

Enfin, s'il devenait probable que la gale est le produit de l'insecte, il serait rationnel d'employer, dans les médications, l'action du camphre, qui jouit de la propriété d'empoisonner les mites ou de les éloigner.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Coup d'œil thérapeutique sur les caractères généraux des maladies des ouvriers des mines; par M. le docteur VALAT.

Il est d'observation que l'homme soumis à des influences hygiéniques actives et incessantes, éprouve au bout d'un certain temps des modifications telles, dans son organisme, qu'il n'est plus physiologiquement le même; d'où il suit que les maladies qui viennent l'assaillir présentent des caractères généraux, un type, un cachet particulier, suivant la nature des modificateurs extérieurs au milieu desquels il vit. Cette vérité générale, incontestable, qui n'est appréciable pour la majorité des médecins que dans des cas particuliers, devient saillante pour ceux de mes confrères qui, comme moi, ont sous leur direction médicale la population semi-souterraine des ouvriers mineurs. Cette classe intéressante de travailleurs est depuis plusieurs années l'objet de mes réflexions et de ma sollicitude comme médecin. J'ai rassemblé de nombreux documens, qui m'ont permis de tracer l'histoire médicale et statistique des mineurs de la houillère de Decise, que j'ai soumise à l'Académie des Sciences, et je crois faire une chose utile en traçant sommairement ici les faits généraux qui ressortent de mon observation.

Sous le point de vue physiologique, que de phénomènes n'aurions-nous point à signaler! Le plus saillant sans contredit se trouve dans le rapprochement et la comparaison des

fonctions de composition ou d'assimilation avec celles de décomposition ou de désassimilation ; ces dernières, chez nos mineurs, l'emportent promptement sur les premières ; et ce fait primitif, le plus considérable que nous puissions établir ici, est la source d'une infinité de faits généraux et spéciaux, tant de l'ordre physiologique que de l'ordre des maladies.

L'état anémique des ouvriers mineurs, alors qu'il ne constitue encore qu'une diathèse ou une disposition morbifique plus ou moins imminente, marque son empreinte sur leur *facies* par les traits suivans : leur teint est pâle et have, il garde toujours quelque chose de cette blancheur cadavéreuse qu'ils vous ont offerte tout à l'heure en sortant de la mine. C'est une espèce d'étiolement quant à la couleur, et qui ressort encore plus fortement sur des visages amaigris et dont les muscles et les fibres physionomiques se dessinent sous des lignes profondément marquées.

Les circonstances qui exposent le plus nos ouvriers mineurs aux maladies, peuvent être assez exactement rapportées aux cinq catégories suivantes, savoir : 1° les causes si nombreuses de blessures ; 2° les températures diverses de l'intérieur de la mine ; 3° son humidité ; 4° le manque d'un air pur et abondant ; 5° enfin le trop de labeur, ou le méchant et rude travail, et partant la fatigue ou l'*excession* qui en résulte.

L'anémie ou la disposition à cet état, que nous avons vue se témoigner même dans la condition physiologique habituelle de nos travailleurs, et dont l'imminence et même le développement définitif se trouvent si favorisés par leur genre de vie, constitue le caractère le plus général de leurs maladies. Ainsi nous aurons occasion de voir que les affections les plus aiguës par leur nature offrent le plus souvent chez eux une marche bien moins intense ; aussi les méthodes de traitement débilitantes conviennent bien moins chez nos mineurs que chez les autres classes d'ouvriers.

Une observation que je fais presque tous les jours, c'est que la plupart des plaies de nos mineurs sont très-peu sujettes à se compliquer d'inflammation. Elles sont au contraire bien plus disposées à se compliquer d'un état asthénique, putride ou gangréneux.

Les fongus ou engorgemens des articulations nous ont toujours offert une circonstance négative très-remarquable, et à raison de laquelle nous ne croyons pas devoir leur donner le nom de tumeur blanche ou de *phthisie articulaire*, parce que nous n'avons jamais observé ici la *tuberculisation* ou la phthisie tuberculeuse des organes articulaires ou diarthrodiaux. De ce fait négatif concernant l'affection tuberculeuse, il faudra rapprocher celui de l'absence *du mal vertébral de Percival Poot*, de la carie, des anévrismes des artères : toutes lésions que notre célèbre maître, le professeur Delpech, n'hésitait pas à rapporter au développement des tubercules scrofuleux.

Il y a dans l'histoire des abcès purulens une circonstance aussi grave qu'importante à connaître, et qu'il nous a été donné d'observer chez quelques-uns de nos mineurs, surtout parmi ceux qui s'étaient excédés dans les travaux et qui offraient à un très-haut degré l'aspect anémique ; cette circonstance est *la diathèse purulente*. Il arrive, en effet, quelquefois que les abcès se présentent, en plus ou moin grand nombre, simultanément ou successivement, dans des points ou dans des parties du corps tout-à-fait éloignées les unes des autres. Or, ces deux faits de la multiplicité des abcès et de leur éloignement nous portent à admettre pour ces cas une diathèse ou disposition générale purulente.

La fièvre inflammatoire n'est pas très-commune chez nos ouvriers. La fièvre adynamique ou putride est, après les intermittentes, la plus fréquente de toutes les pyrexies. Elle est même ici très-remarquable, et je pense que le métier, la vie des mineurs y prédispose beaucoup, comme tout autre genre de labeur très-pénible ou excessif.

La fièvre adynamique est fréquente ; arrivée à un certain degré elle ne manque guère de revêtir la forme de la fièvre typhoïde, et même, à vrai dire, celle-ci ne nous paraît être qu'une fièvre adynamique très-aiguë et très-intense. Or, nous avons eu l'occasion d'en observer de nombreux exemples chez nos mineurs et surtout chez ceux qui étaient les plus exposés à s'excéder dans les travaux de la mine, soit par l'effet de leur défaut de forces, soit par celui de leur trop rude labeur.

Bien que l'état anémique domine chez nos mineurs, tant dans l'ordre physiologique que dans l'ordre pathologique ; néanmoins, cette disposition n'empêche pas les congestions locales, les inflammations de se déclarer ; ce qu'elle empêche plutôt, c'est la réaction forte et durable de l'organisme, à l'occasion de ces lésions. Nous avons, en effet, à faire remarquer le traitement général des phlegmasies, que leur état aigu chez nos ouvriers ne se prolonge pas beaucoup et que les méthodes anti-phlogistiques ne sont pas long-temps non plus à être indiquées parmi eux ; attendu que l'état inflammatoire entraîne rapidement après lui un état opposé à l'exaltation des forces vitales, celui de leur prostration. Ainsi, au troisième, au quatrième jour seulement, une phlegmasie viscérale chez quelques-uns de nos mineurs a perdu déjà toute son intensité fluxionnaire ; et après ce terme, les émissions sanguines cessent d'avoir le même avantage. Telle est l'observation la plus majeure que nous ayons à faire concernant l'histoire générale des phlegmasies.

Les dartres et la gale ne se sont jamais présentées à mon observation chez nos mineurs : serait-ce donc parce que l'atmosphère plus ou moins sulfureuse dans laquelle ils se trouvent placés au milieu de la mine, contrarierait le développement de ces deux affections ? Serait-ce encore que l'eau sulfureuse, par laquelle ils sont trop souvent tout baignés, aurait le même résultat ? Un mineur et son fils n'ont pas eu la gale, pendant que la mère et la fille l'avaient. Le mineur Renaud n'a pas non plus partagé cette affection avec sa femme, chez qui elle était chronique, bien qu'il n'eût pourtant pas cessé de coucher dans le même lit.

Il est fort peu de maladies auxquelles nos mineurs soient plus prédisposés qu'au rhumatisme. Le caractère général des maladies de nos mineurs ne se dément point encore ici, c'est-à-dire que nous n'observons pas d'ordinaire, durant le cours de leur rhumatisme, de fièvre inflammatoire, ni de symptômes de pléthore. Au contraire, nos rhumatismes restent avec leur aspect anémique et presque exsangue : caractère fatal, parce que nous n'avons point la ressource d'employer les émissions sanguines, comme nous le ferions chez d'autres sujets. Aussi il résulte de ce caractère anémi-

que général que les douleurs rhumatismales, pour peu qu'elles durent, donnent lieu à des abcès chroniques, à des engorgemens des articulations et du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, à l'œdème et à l'infiltration des membres; desquels s'écoule alors par les mouchetures une sérosité limpide et qui n'est nullement mêlée de sang; c'est dans des cas de ce genre que nous avons vu la disposition ou la diathèse purulente se déclarer et se manifester une fois surtout sous la forme de onze abcès successifs. Les cas fréquens de rhumatisme nous font vivement désirer que quelque jour, sur notre établissement, aussi bien que sur tous ceux qui lui sont semblables, on dispose des bains et des douches; sorte d'établissement thermal qu'il serait si facile d'ailleurs de fonder à la faveur de nos machines à vapeur qui fournissent incessamment de la vapeur en excès et de l'eau chaude qu'on n'utilise plus dès qu'elle sort du condenseur.

Les scrofules sont étrangères à notre localité. Pas une seule fois nous n'avons observé ici la phthisie pulmonaire tuberculeuse; et cependant nos ouvriers mineurs sont sans cesse à respirer une atmosphère insalubre, chargée surtout d'une poussière de charbon extrêmement fine et pénétrante. Si donc l'irritation par des corps étrangers, moléculaires et incisifs, pouvait, comme on l'a prétendu, produire la phthisie pulmonaire tuberculeuse, aucun doute que celle-ci ne devint très-commune parmi nos mineurs. De plus, les phlegmasies de l'appareil respiratoire, telles que pleurésie, pneumonie, bronchite, laryngite, etc., sont assurément fréquentes chez nos travailleurs; et jamais pourtant nous ne voyons ces phlegmasies donner lieu à la *tuberculisation* de cet appareil; jamais nous n'avons vu ici l'expectoration de la matière tuberculeuse.

Ce fait négatif se trouve confirmé par une observation semblable qui, d'après ce que j'ai appris, aurait été faite dans quelques houillères d'Angleterre, parmi les ouvriers desquelles la phthisie pulmonaire ne se serait jamais présentée non plus. L'atmosphère des exploitations de houille aurait-elle donc un effet préservatif contre l'affection tuberculeuse des poumons?

Si un résultat aussi important venait à être démontré par les faits, sur d'autres houillères que la nôtre, il s'ensuivrait que l'usage de la houille devrait être recommandé, de préférence à tout autre combustible, pour le chauffage des hospices, des maisons de santé et de tous les lieux en général où l'on aurait à craindre ou même à traiter les affections tuberculeuses.

Il y a plus, c'est que si nos observations négatives viennent à être ultérieurement confirmées, on pourrait bien voir quelque jour figurer dans les pharmacopées le charbon de terre, comme y figure déjà, depuis nombre d'années, et surtout depuis les expériences d'un célèbre praticien de Paris, le charbon de bois, employé en poudre à l'extérieur et à l'intérieur, contre les affections septiques, putrides ou adynamiques.

VALAT.

Du kino et de ses propriétés médicamenteuses.

Cette substance, désignée improprement dans le commerce sous le nom de gomme kino, n'est rien autre chose qu'un suc desséché extrait des tiges et des branches, d'un arbuste décrit par Guillaume Hunter sous le nom de *nauclea gambir*, et qui habite les îles de la Sonde, la Nouvelle-Hollande et les bords du fleuve Gambie. On fait bouillir dans l'eau les tiges et les branches après les avoir brisées, on passe et on fait évaporer le liquide obtenu, et ce qui reste est le kino du commerce.

Nous le recevons en masses dures, opaques, fragiles, d'une cassure résineuse, brillante, d'un rouge très-brun passant au rouge brique par la trituration. Le kino est inodore et d'une saveur astringente et douce; mâché, il forme avec la salive une sorte de mucilage, bien différent, à cet égard, du cachou qui se reduit dans la bouche en poudre presque insoluble.

Vauquelin, qui a travaillé à l'analyse du kino, l'a trouvé très-peu soluble dans l'eau froide, incomplétement soluble dans l'eau bouillante et dans l'alcool, précipitant les sels de fer en verdâtre, et donnant à l'eau qui le dissout une saveur styptique analogue à celle de la noix de galle. Il en a conclu que ce n'est ni une gomme, ni une résine, mais seulement du tannin combiné avec une substance extractive, et susceptible de tous les emplois du tannin, quoiqu'il n'y ait pas pu découvrir d'acide gallique.

Le kino a été prescrit avec succès d'abord par Fothergill, puis par Cullen, et recommandé par MM. Barbier et Alibert contre les diarrhées et les écoulemens chroniques. Je regrette cependant que ce médicament soit moins apprécié qu'il ne mérite. Les nombreuses occasions que j'ai eues d'observer ses effets, tant à l'hôpital de la Pitié, où il était souvent employé par M. Bally, que parmi les malades à qui je l'ai depuis prescrit moi-même, m'engagent à lui consacrer ici quelques lignes et à appeler l'attention des praticiens sur les cas dans lesquels son usage me semble devoir être principalement recommandé.

Aux approches de l'hiver, quand le corps vient de subir l'influence des chaleurs de l'été et de la nourriture de l'automne, où dominent les fruits plus ou moins mûrs, il arrive à un grand nombre de personnes de se sentir, aux premiers froids humides, prises de coliques et de diarrhées peu graves, que par cela même elles négligent, et que la double action d'un mauvais régime et d'une saison d'abord défavorable ne tarde pas à rendre chroniques et rebelles; les forces se perdent peu-à-peu; la muqueuse gastro-intestinale prend en quelque sorte l'habitude des sécrétions excessives auxquelles elle est livrée depuis quelque temps, et bientôt le régime le mieux entendu ne suffit plus pour ramener la santé: dans l'origine il aurait suffi, maintenant il ne réussit plus seul. Des antiphlogistiques modérés enlèvent bien, à la vérité, le mouvement fébrile qui agrave la position du malade; mais ils n'arrêtent pas le dévoiement qui continue à l'épuiser. C'est alors qu'on peut avec confiance recourir au kino: il n'est pas assez irritant pour qu'on ait à redouter son action locale, et il est assez astringent pour arrêter promptement des écoulemens diarrhéiques. J'ai vu nombre de fois des diarrhées de cette sorte, qui avaient résisté au régime et aux antiphlogistiques modérés, se supprimer en peu de jours sous l'empire du kino donné avec modération. Douze, ou au plus vingt grains de ce médicament, pris chaque jour en pi-

lules, terminent ordinairement en moins d'une semaine la maladie.

Pour être vrai, je dois avouer que quand il n'y a point de fièvre, que les coliques sont peu vives, ces diarrhées guérissent aussi facilement par d'autres astringens plus actifs que celui-ci, dont on gradue attentivement les doses; mais l'efficacité des autres médicamens n'ôte rien à l'utilité de celui dont je parle, et je cite simplement ces guérisons comme des cas que j'ai vus, et dans lesquels le kino n'est pas moins avantageux que les autres astringens. Maintenant il est d'autres occasions où je le crois plus utile qu'eux tous.

Si, par exemple, un malade, en même temps qu'il est affecté de diarrhée chronique, est tourmenté d'une fièvre continuelle; qu'on observe de symptômes d'irritation chronique de la membrane muqueuse digestive, que les forces épuisées du sujet ne permettent pas de recourir à un traitement franchement antiphlogistique, que les selles se composent d'une sorte d'excrétion aqueuse sanglante, que le régime ait été sans pouvoir pour arrêter le mal; oserait-on recourir à des substances astringentes un peu actives? Eh bien! presque toujours, dans cet état si grave, on verra le kino, administré comme je l'indique plus haut et soutenu d'un régime alimentaire approprié à l'état du sujet, arrêter, avec une promptitude inespérée, les accidens, et ramener sans secousses une santé qu'on aurait crue perdue pour toujours. La propriété qu'il a de produire son action styptique moins vivement que le plus grand nombre des autres médicamens de sa classe, et surtout cette sorte de mucilage qu'il forme avec les liquides qui le dissolvent, en font alors un médicament infiniment précieux, et auquel, pour des cas semblables, je ne connais pas de succédané. Les préparations opiacées, plus appropriées aux cas où les coliques sont excessivement vives, où le ténesme est fatigant, où il y a irritation subaiguë des gros intestins et évacuations alvines pour ainsi dire incessantes, sont souvent contre-indiquées formellement par l'état des principaux viscères menacés de congestion; le diascordium, la thériaque, quelquefois heureux, sont souvent aussi des préparations infidèles, puisqu'elles changent de propriétés suivant leur ancienneté; le cachou et les autres astringens ont leurs dangers, parce qu'ils excitent trop vivement la sensibilité du canal intestinal: le kino seul, employé de cette manière, m'a fait voir constamment une action toujours innocente et souvent avantageuse.

D'autres fois encore ses bons effets m'ont paru incontestables. Un sujet convalescent d'une entérite, avait-il besoin d'un médicament où la puissance astringente fût modérée? alors, soit qu'auparavant des médicamens trop actifs aient produit une irritation vive du tube digestif et particulièrement des gros intestins; soit que la maladie dont ces organes étaient plus vivement affectés, ait, malgré tous les efforts de l'art, laissé une diarrhée, que les antiphlogistiques et les débilitans ne font qu'agraver en augmentant la faiblesse du sujet, le kino offre une ressource d'autant plus précieuse que la circonstance des irritations antérieures empêche absolument de réprimer le mal par des moyens énergiques. En l'employant d'abord à petites doses, augmentées à mesure qu'on en observe de bons effets, on arrive presque toujours, en peu de temps et sans accident, à rétablir les fonctions digestives du malade.

Les affections analogues à celles que je viens de citer sont plus communes qu'on ne le croit communément; aussi m'arrive-t-il souvent de prescrire le kino sans hésitation, dans des circonstances où tout autre astringent paraîtrait redoutable, et jusqu'à présent je n'ai pas encore eu sujet de m'en repentir. Je dois ajouter d'ailleurs que j'ai toujours vu ce médicament sans efficacité dans les diarrhées colliquatives, comme dans celles qui tiennent à des désordres anatomiques graves du tube digestif ou de ses annexes. Le kino, comme tout autre agent thérapeutique, ne réussit que dans certaines conditions; c'est à l'expérience du médecin de les apprécier.

On a conseillé encore la substance dont je parle, contre d'autres maladies; on a vanté son usage contre des écoulemens chroniques du vagin ou de l'urètre. Cullen, qui ne croit pas à son efficacité dans les leucorrhées, dit l'avoir vu réussir dans des métrorrhagies; M. Barbier le regarde comme convenable dans certaines incontinences d'urine, et contre le diabète; M. Alibert propose de l'associer au quinquina dans les fièvres intermittentes. Pour moi je crois qu'il y a de meilleurs moyens à employer dans les métrorrhagies, les écoulemens des organes génitaux, les incontinences d'urine; je ne l'ai, par conséquent, jamais essayé dans des cas de ce genre, ni dans les fièvres intermittentes, que j'ai toujours vu céder au sulfate de quinine seul, ou associé à l'opium. Mais j'ai constaté l'utilité du kino contre le diabète chez un sujet, dont l'histoire est assez remarquable pour la citer ici.

Un jeune homme de 16 ans fut affecté, à la suite de l'usage réitéré de la drogue Leroy, d'une péritonite qui en passant à l'état chronique lui laissa une ascite et un diabète sucré. Quand je le vis pour la première fois, il était tout-à-fait dans le marasme. Une fièvre continuelle le dévorait. Un scrupule de kino, chaque jour, pendant huit jours, le mit rapidement en voie de guérison; sous l'influence du médicament, les urines rentrèrent dans l'ordre, la soif céda, l'appétit revint, l'ascite diminua, puis elle disparut, et au bout d'un mois à-peu-près, sans autres médicamens, ce jeune homme était parfaitement guéri.

En résumé, le kino employé en nature m'a paru souvent utile dans des diarrhées aiguës; même avec fièvre et coliques; et je ne connais pas de médicamens plus efficaces et moins dangereux, dans les cas spéciaux de diarrhées chroniques que j'ai indiqués; je n'ai pas eu d'autre occasion de constater son efficacité contre le diabète.

S. SANDRAS.

Du traitement des accidens de la première dentition.

La première dentition est la période la plus orageuse de l'enfance. Le principe des désordres qu'on observe si souvent à cette époque consiste dans la commotion vive que subit un organisme encore tendre et délicat, par le développement presque subit des systèmes nerveux et digestifs. La raison finale de la secousse de ces deux systèmes se trouve dans le

besoin qu'éprouvent les enfans de cet âge de commencer à vivre de la vie de relation, et de se suffire à eux-mêmes par une nourriture plus substantielle que le lait maternel. C'est pour cela que les nerfs et les organes digestifs sont le théâtre ordinaire des désordres de la première dentition. Sous ce rapport, l'éruption des dents joue exclusivement le rôle de cause excitante ou occasionelle.

Cependant d'autres causes peuvent troubler l'économie des enfans, indépendamment du travail de la dentition, ou comme complication de ce travail. Aussi importe-t-il, de peur de quelque méprise, d'être bien instruit des signes principaux de la pousse des dents. Voici ceux que l'expérience a fait remarquer.

L'effort expulsif des dents est préparé dès le quatrième ou cinquième mois. A cet instant, la bouche des enfans est chaude, la face gonflée, le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure est plus large; la peau des gencives se tend, devient douloureuse. L'enfant porte souvent ses doigts à la bouche; il est agité, et se plaint lorsqu'on presse la place où les deux incisives inférieures doivent se faire jour. A ces signes, on reconnaîtra en général le point de départ des accidens qui surviennent entre le quatrième et le septième ou le huitième mois. La nature de ces accidens est toujours compliquée : ils se produisent à la fois sur le système nerveux et sur le système digestif. Les plus communs sont les cris plaintifs, l'insomnie, une petite toux fréquente, le serrement convulsif des mâchoires, les mouvemens spasmodiques des lèvres et des muscles du visage, les tressaillemens des membres. Cet état est continuel la nuit comme le jour, dans le sommeil comme pendant la veille. D'autres fois il se manifeste, chez les sujets très-irritables, par des espèces de cris de désespoir. Les petits malades portent avec colère, et au milieu de véritables accès de rage, leur hochet à la bouche; leurs traits sont crispés, leurs membres contractés, comme s'ils voulaient se raidir contre leurs douleurs; ils refusent le sein de la nourrice, ou bien ils le prennent et le repoussent alternativement en redoublant de cris. Une troisième classe de malades est plus paisible sans être moins gravement affectée. Ceux-là sont dans un état continuel de somnolence; mais à leur figure, à la chaleur anormale de leur peau, au renversement du globe de l'œil, aux soubresauts des muscles du visage et des membres, on reconnaît aisément que leur sommeil est pathologique, ou plutôt qu'ils sont plongés dans un véritable assoupissement. Tels sont du côté du système nerveux les symptômes ordinaires du trouble occasioné par la dentition.

Le système digestif à son tour ne témoigne pas de moins vives souffrances. Les enfans éprouvent des coliques très-vives; leur ventre est météorisé et douloureux par la pression; leur haleine est aigre, ainsi que leurs sueurs; la muqueuse buccale est remplie de granulations blanches sans saillie extérieure, semblables à des aphtes ulcérés; la langue est couverte, ou bien elle est enduite d'une couche de mucosités blanches, persillée abondamment de points rouges. Ces malades vomissent aisément un lait d'une aigreur repoussante; ils éprouvent encore le plus souvent un dévoiement d'une couleur verd pré, ou de matières muqueuses dans lesquelles nagent des flocons albumineux.

Si ce dévoiement s'arrête, les troubles nerveux déjà décrits redoublent d'intensité : alors les enfans sont surtout menacés de convulsions. S'il coule en trop grande abondance, les convulsions surviennent aussi; mais le plus souvent c'est l'assoupissement qui fait des progrès concurremment avec la prostration des forces; de sorte qu'il y a réellement solidarité parfaite entre les désordres nerveux et digestifs.

C'est de ces bases qu'il faut partir pour établir le traitement. Une diarrhée modérée, tant que dure la dentition, prévient la plupart de ces accidens : l'expérience de tous les jours fait foi de la justesse de cette observation. Il ne faudrait donc pas que les praticiens, à la vue de ce cours de ventre, prissent l'alarme par la crainte d'une entérite; ils laisseront ce dévoiement à lui-même; seulement ils le surveilleront de très-près, pour empêcher qu'il n'aille trop loin. L'instinct des enfans vient au secours de la science du médecin. On s'aperçoit en effet qu'à cette époque ils sont moins empressés de prendre le sein de la nourrice. Toutefois il arrive aussi que leur faim est exagérée. C'est pour lors que les distractions conviennent, afin d'émousser ce besoin factice.

Si enfin ce dévoiement augmentait outre mesure, quelques compresses trempées dans une décoction de racine de guimauve, dans laquelle on aura ajouté deux ou trois têtes de pavot, calment aisément les coliques et répriment ce flux immodéré. On joindra l'usage d'une infusion légèrement antispasmodique, comme de fleur de tilleul ou une autre du même genre qu'on édulcorera avec du miel rosat à la quantité de demi-once pour une demi-livre de liquide. On administre cette boisson par petites cuillerées, sans jamais charger l'estomac. Cette infusion déterge très-bien la bouche et stimule légèrement les forces. Lorsque ce traitement ne suffit pas, on peut essayer un ou deux demi-lavemens avec la décoction de guimauve et de pavots. Ce n'est qu'après avoir employé inutilement tous ces moyens, qu'on peut se servir de l'opium. A cet égard, le médecin n'ignore pas que l'opium, si utile aux adultes, est très-mal toléré par les enfans. Il provoque ou il augmente l'assoupissement, et ouvre la porte aux accidens convulsifs. Si l'on est forcé d'en venir à cette substance, une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham est la dose ordinaire : il est rare qu'on dépasse cette quantité sans courir de risques. Il vaut mieux s'en tenir là et la renouveler plus souvent.

A l'intérieur, si les spasmes dominent, l'infusion que nous avons déjà signalée, et que l'on peut remplacer par une infusion de sauge, de romarin, ou d'autres plantes de la même famille, avec addition de sirop de pavot indigène à la dose de deux onces par livre, ou d'un à deux gros seulement de sirop diacode, quand l'opium est la base de ce remède, calment l'agitation, procurent le sommeil, et modèrent en même temps les déjections. Si c'est l'assoupissement qui donne de l'inquiétude, il faut supprimer, même à l'extérieur, l'usage des narcotiques; on se restreint à l'usage de l'infusion précédente, et pour les cas les plus graves on réserve l'eau de canelle, dans laquelle sur six onces on met quelques gouttes de liqueur minérale anodine d'Hoffman. Cette potion est employée avec un sirop excitant, comme celui d'armoise, à la dose d'une once à deux onces. Des cataplasmes aux cuisses ou aux pieds, avec moitié de farine de graine de lin et de farine concourent à la réussite de ce traitement.

Les sangsues et les saignées sont rarement nécessaires ; on y recourt néanmoins lorsque les malades sont forts et bien nourris. Deux ou trois sangsues derrière chaque oreille, une saignée de deux ou trois onces remplissent l'indication. Les mêmes circonstances feraient poser ces sangsues sur le ventre, si des coliques trop fortes compliquaient cet état. Nous recommanderons la même réserve pour les applications épispastiques que pour les émissions sanguines et pour l'opium. Ces trois ordres de moyens sont fort mal supportés par les malades de cet âge : ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'on doit se décider à éprouver leur efficacité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'analyse chimique prise pour guide dans la discussion des formules pharmaceutiques sanctionnées par le temps et l'expérience, et en particulier de l'aconit et de ses préparations. Par M. BOULLAY.

Dans la thèse que j'ai soutenue, il y a quelques mois, à l'école de Pharmacie, j'ai émis diverses opinions qui peuvent, au premier abord, sembler paradoxales ou rétrogrades, mais qui, je l'espère, entraîneront l'approbation de ceux qui les examineront sans préjugé.

Je crois utile de revenir sur cette discussion, comme étant fondamentale et opportune au moment où la législation nouvelle, qui va régler la part de notre art, peut ordonner la révision du formulaire légal.

J'ai signalé les inconvéniens journaliers qui résultent des modifications sucessivement introduites dans les formules consacrées : le plus sérieux est que cette instabilité s'oppose à ce que la thérapeutique puisse devenir une science véritable. Je me suis arrêté avec quelque détail sur le danger d'erreur où l'on pourrait tomber, si l'on voulait baser sur des considérations théoriques ou tirées de l'analyse chimique la révision des formules. Malgré les progrès immenses que la chimie organique a faits depuis quelques années, on conçoit aisément tous ceux qu'elle doit faire encore. Le nombre toujours croissant des corps qui composent les divers produits organiques usuels, nous prouve que toute explication, fondée sur l'analyse, ne peut être exacte que pour l'heure même où elle est tracée, mais qu'elle sera dépassée le lendemain. Je vais chercher à en donner la preuve, en citant, à l'appui de mon assertion, les derniers travaux entrepris sur l'aconit.

Dans une note publiée il y a un an, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, sur les préparations de l'aconit, M. Soubeiran a cherché à déterminer qu'elle est la forme sous laquelle ce médicament doit être administré. Il pense « qu'il faut se demander, avant tout, quel est le principe de l'action médicale de cette plante narcotique. » Je vais rappeler en quelques mots la discussion établie par M. Soubeiran.

« Bien que la nature du principe actif de l'aconit nous soit mal connue, il résulte des observations générales faites sur la famille des végétaux à laquelle il appartient, que ce principe doit être très-fugace... La conséquence naturelle de ce fait est que l'emploi de la chaleur doit être singulièrement évité pour les préparations pharmaceutiques de l'aconit. » M. Soubeiran conclut naturellement que « la forme d'extrait, recommandée par Stork, et qui est presque la seule à laquelle on ait encore recours, est précisément celle de toutes qu'il aurait fallu proscrire. »

Cette assertion eut lieu de me paraître d'autant plus hasardée, que, vers la même époque, M. Roche avait annoncé à la Société de médecine du département, qu'il avait obtenu de très-bons effets de l'extrait d'aconit pris chez mon père et administré à petites doses contre les névralgies faciales. Depuis, M. Delens, et particulièrement M. Téallier, ont confirmé les observations de M. Roche par de nombreux succès. Ces applications nouvelles ne venaient qu'ajouter d'ailleurs à des faits avérés qui avaient établi depuis longtemps l'efficace activité de l'extrait d'aconit. Or, l'extrait qui a servi de base aux expériences de MM. Roche, Delens et Téallier, avait été préparé *par évaporation à l'air libre.*

M. Soubeiran ajoute, il est vrai : On se demandera comment alors l'extrait d'aconit a pu produire en médecine des effets marqués.... L'expérience m'a expliqué cette prétendue contradiction entre la théorie chimique et l'observation au lit du malade. C'est que, contrairement à l'opinion de M. Braconnot, le principe actif volatil n'est dissipé en entier que par une température assez élevée. J'ai distillé de la teinture d'aconit faite avec la plante fraîche, de manière à séparer tout l'alcool ; il est resté dans le vase distillatoire une liqueur dont l'expérience m'a démontré les effets toxiques ; mais ils ont cessé de se manifester après une évaporation au bain-marie : sans doute d'une manière aussi intense.

Pour faire apprécier à quoi tiennent ces anomalies apparentes, ce mélange de pour et de contre, de vrai et de faux, je vais me servir moi-même de données plus récentes de l'analyse; je vais mettre l'analyse en opposition avec elle-même pour montrer à quelles erreurs des données, toujours incomplètes de leur nature, peuvent exposer celui qui les prend pour base.

C'est qu'outre la matière âcre et volatile signalée depuis long-temps, l'aconit contient *un autre principe découvert depuis peu* par MM. Geiger et Hesse ; c'est à ce principe ; qui n'est *pas volatil, l'aconitine*, que l'extrait d'aconit parait devoir la plupart de ses propriétés : il les tire sans doute aussi d'une portion de la matière volatile dont le dégagement n'est jamais complet ; car, d'après ces chimistes, « le principe âcre est intimement uni à l'aconit impur, » et on a peine à les séparer : mais en supposant que l'évaporation dissipât en totalité la substance âcre contenue dans l'aconit, l'extrait tirerait encore de l'aconitine seule, des propriétés énergiques. D'après MM. Geiger et Hesse, « l'aconitine pure est par elle-même vénéneuse au plus haut degré. 1/50 de grain dissous dans l'alcool faible suffit pour tuer un moineau en quelques minutes. 1/10 de grain le fait avec la rapidité de l'éclair. »

M. Geiger, en 1831, avait déjà publié quelques expériences physiologiques entreprises avec des aconits, et il avait été conduit à penser qu'il existait à côté du principe âcre et aisément destructible une substance narcotique tout-à-fait différente, parce que les feuilles de l'*aconitum na-*

pellus, même récoltées tard, et dont la saveur n'était pas du tout âcre, jouissaient d'une action narcotique très énergique.

Ainsi donc, l'analyse chimique vient aujourd'hui donner un démenti aux idées théoriques que, moins complète il y a quelques mois, elle avait dû suggérer elle-même. Elle vient ajouter sa sanction à des résultats physiologiques bien établis par l'expérience et sur lesquels elle avait presque appelé le doute.

Ces deux ordres de faits s'accordent donc enfin à établir que l'extrait d'aconit est un médicament doué de propriétés incontestables. Que son effet soit dû à l'aconitine seule ou à l'union de ce principe avec la matière âcre, qui y est fort adhérente, toujours est-il que cette préparation, pour être bonne et constante, exige comme toutes les autres des soins minutieux, mais rien de plus.

La teinture d'aconit, formée par le mélange du suc de la plante fraîche avec l'alcool que propose M. Soubeiran, est un médicament qui peut offrir des médications utiles; mais comme, par le fait de sa préparation, elle contient la totalité de la matière âcre, elle ne peut ni ne doit remplacer l'extrait d'aconit, Cette teinture est un remède nouveau dont l'action demanderait une étude et des expériences spéciales.

POLYD. BOULLAY.

Quelques réflexions à l'occasion de l'extrait d'aconit.

Par M. SOUBEYRAN.

L'aconit dans son état de fraîcheur contient une matière âcre, que la chaleur dissipe, comme le prouvent les expériences de M. Braconnot, celles de Vauquelin, et les accidens éprouvés par Bucholz lors de son travail sur cette plante. Quand on soumet à l'évaporation le suc de l'aconit, opération indispensable à la préparation de l'extrait, une partie de ce principe se dissipe nécessairement, et la quantité qui en reste dans l'extrait est variable, parce qu'elle est proportionnelle au temps pendant lequel le suc est resté exposé à l'action de la chaleur, et parce qu'il est impossible de se placer toujours dans des circonstances telles que ce temps reste le même. Si la matière âcre a de l'action sur l'économie animale, ce qui ne peut être contesté, et si cette matière âcre ne reste pas toujours en mêmes proportions dans l'extrait, il faut bien en conclure que l'énergie médicale de l'extrait ne peut être toujours la même; en un mot que c'est un médicament infidèle. M. Boullay, pour prouver la stabilité de composition de l'extrait d'aconit, au lieu d'appuyer son raisonnement sur les effets obtenus avec celui qu'il avait préparé dans sa pharmacie, aurait dû prouver que ces effets restent absolument les mêmes avec tout autre extrait d'aconit bien préparé.

Quant à l'aconitine, en accordant à M. Boullay que cette matière est bien connue, et que son entrée dans le domaine de la science est définitive (et certes, la concession est large), avec plus de réflexion, il se serait moins hâté peut-être d'en tirer des conséquences. D'abord, remarquons que lorsqu'une préparation contient à la fois deux matières actives, il suffit que l'une d'elles vienne à varier dans sa quantité, pour que les propriétés médicales du médicament en deviennent variables à leur tour; or si la proportion de la matière volatile ne reste pas toujours la même, il faut bien en conclure que l'effet de l'extrait d'aconit changera en même temps. Il est digne de remarque que l'aconitine de l'extrait (si aconitine il y a) perd de ses propriétés dans les mêmes circonstances qui dissipent les matières âcres. Il est, en effet bien reconnu que l'extrait d'aconit, obtenu avec le suc clarifié à chaud, conserve peu d'efficacité. Toutefois pour ne garder aucun doute à ce sujet, j'avais, dans ces derniers temps, préparé de l'extrait d'aconit par clarification du suc à chaud, et par évaporation à la chaleur du bain marie jusqu'en consistance pilulaire. M. Martin Solon voulut bien se charger de tenter quelques essais sur la valeur médicale de cette préparation; il trouva qu'elle n'avait que bien peu d'efficacité, même à une forte dose. Ainsi le sel d'aconitine avait perdu par la chaleur une forte partie de ses propriétés. Sans tirer toutes les conséquences possibles de ce fait, il est permis au moins de penser qu'avant de conclure de l'aconitine à l'extrait d'aconit, il faudrait rechercher la nature des circonstances qui peuvent la modifier, et le moment précis où son altération commence.

L'ensemble des observations médicales nous montre le peu d'accord des résultats obtenus avec l'aconit, et je ne saurais mieux les résumer que par cette phrase que j'emprunte à M. Rousseau : « Quand les observateurs, sont tous en dissidence relativement aux résultats thérapeutiques qu'ils obtiennent, il est d'un médecin prudent de ranger, jusqu'à nouvel ordre, l'aconit dans la classe des médicamens dont l'usage peut être dangereux, et dont l'administration sera avantageusement suppléée par celle des agens stupéfians, dont les effets ont été mieux étudiés.

Mais cette discussion sur l'aconit n'est qu'un épisode d'une question beaucoup plus importante, et sur laquelle il faut bien que je dise quelques mots. Dans une thèse soutenue, il y a quelques mois, à l'école de pharmacie, M. Boullay a cherché à établir que de l'application de l'analyse chimique à la préparation des médicamens, était résulté un état de choses nuisible aux progrès de la thérapeutique. Il bannit toute modification que les progrès de la chimie pourraient y faire apporter. En vérité, M. Boullay est allé beaucoup trop loin! s'il s'était contenté de dire que les pharmaciens ne doivent délivrer d'autres préparations que celles du codex, à moins d'une indication spéciale de la part du médecin; s'il avait appuyé sur les inconvéniens de modifier les formules sans motifs bien plausibles; s'il avait dit qu'il fallait être très-réservé dans l'application de la science chimique à la révision des médicamens, s'il avait fait ressortir la nécessité de faire marcher de front, dans un grand nombre de cas, l'observation thérapeutique et les changemens provoqués par les découvertes chimiques, ce travail eût été bien accueilli; car, ces idées sont celles de toutes les personnes qui concourent sérieusement à l'amélioration de la pharmacologie. Mais c'est se refuser à l'évidence que de ne pas voir les services rendus à l'art de guérir, par l'application de la chimie à la préparation des médicamens. Depuis que cette science est entrée comme élément dans l'étude des préparations pharmaceutiques, celles-ci ne sont-elles pas devenues, en général, et plus rationnelles et

plus actives? Le codex n'a-t-il pas lui-même consacré un grand nombre d'améliorations dues aux secours de la chimie? De nombreuses et heureuses modifications n'ont-elles pas été introduites dans nos modes de préparations? Nos extraits ne sont-ils pas devenus plus actifs, par l'appréciation plus exacte de l'influence de la chaleur pour détruire certains principes ou former certaines combinaisons; et par le choix mieux entendu des moyens propres à obtenir les liqueurs destinées à leur préparation? Nos sirops n'ont-ils pas gagné à n'être plus dépouillés par les affinités de l'albumine, d'une partie de leur matière active? N'est-ce donc pas la nature chimique mieux connue du quinquina, de l'opium, de l'ipécacuanha, de la noix vomique, du lichen et de tant d'autres substances, qui nous a permis d'améliorer une partie des préparations dont ils sont la base, et qui a mis le thérapeutiste sur la voie pour apprécier plus exactement la valeur des différentes formes pharmaceutiques, sous lesquelles on les emploie? N'est-ce donc pas la connaissance de la composition chimique, et des propriétés des élémens des drogues, qui nous permet d'apprécier avec quelque exactitude et la nature des véhicules qui doivent les attaquer, et le degré de concentration le plus convenable de ces véhicules? Faudra-t-il continuer à préparer les sinapismes avec du vinaigre, ou chercher encore à activer les bains de pieds sinapisés par une addition d'acide hydrochlorique, quand l'expérience chimique nous a montré qu'on affaiblissait ou qu'on annulait tout-à-fait, par ces anciennes pratiques, les propriétés de la farine de moutarde? Les exemples se presseraient en foule pour témoigner des services rendus par la chimie pour le perfectionnement des préparations pharmaceutiques.

Le tort de M. Boullay est d'avoir attaqué une application utile, au lieu de s'appliquer seulement à combattre les abus que l'on a pu en faire. Mais à mesure qu'avec la rectitude d'esprit dont il a déjà donné des preuves, il aura exploré plus profondément le domaine de la pharmacie, il reviendra sans aucun doute à des idées moins exclusives. Les principes absolus sont rarement d'un emploi utile, et l'habitude d'observer apprend à ne leur accorder qu'une confiance limitée.

SOUBEIRAN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi thérapeutique des préparations d'or. — Rectification de quelques formules.

Monsieur,

Le mémoire que M. Figuier, pharmacien de Montpellier, a donné sur la préparation du cyanure d'or, ayant trouvé place dans votre intéressant journal, j'ose me flatter que vous ne me refuserez pas d'y insérer quelques corrections que je crois indispensable de faire, relativement aux formules que M. Figuier a indiquées pour l'administration du remède dont je suis l'auteur et que j'ai employé le premier. Sans les instructions que je vais donner, tout praticien qui ne connaîtrait pas la manière de se servir des préparations aurifères, serait dans une telle incertitude que s'il était prudent, il n'oserait pas faire usage du cyanure. M. Figuier s'exprime ainsi :

« Voici les diverses formules que M. Pourché a mises en usage pour faciliter l'emploi du cyanure d'or.

» Ce médicament s'administre le plus ordinairement en frictions sur la langue, mêlé à une poudre inerte. La poudre le plus ordinairement employée est l'iris de Florence préalablement traité par l'alcool, puis parfaitement desséché (1). On ajoute cette poudre au cyanure d'or dans les proportions suivantes :

Prenez :	Cyanure d'or.	un grain.
	Iris de Florence en poudre subtile.	trois grains.

» Sous la forme de pilule on prend :

Prenez :	Cyanure d'or.	un grain.
	Extrait de daphné mézéréum.	trois grains.
	Poudre de gentiane.	q. s.

» Mêlez exactement; faites selon l'art des pilules de cinq grains. Le même praticien a uni le cyanure d'or au cacao et au sucre, sous la forme de pastilles :

Prenez :	Cyanure d'or.	un grain.
	Chocolat réduit en pâte.	s. q.

» Pour faire des pastilles de cinq ou six grains.

» Quelle que soit la forme sous laquelle on emploie ce médicament, on doit toujours commencer en administrant par jour un grain de cyanure d'or, divisé en quinze partie, et porter graduellement la dose jusqu'à un huitième de grain. »

J'ai la certitude que si M. Pourché, qui formule comme moi, avait été consulté, en fixant la dose du cyanure d'or et celle de l'iris, que je ne porte jamais à plus de deux grains, pour ne pas fatiguer la langue par la durée de la friction, il aurait dit qu'après avoir divisé la quantité indiquée en tant ou tant de fractions, on en emploierait une chaque jour, et non pas qu'en administrant par jour un grain de cyanure d'or divisé en quinze parties, on porterait graduellement la dose jusqu'à un huitième de grain.

Celui qui emploiera en frictions, pour les premières fois, les préparations aurifères, ne sera-t-il pas disposé à croire que les quinze premières fractions doivent être employées le premier jour du traitement, qu'on doit en consommer quatorze le lendemain, et ainsi de suite de manière à prendre huit grains dans huit jours? En supposant que le praticien ait mis en usage d'autres préparations aurifères que le cyanure d'or dont on vante la bénignité d'action, ne peut-il pas penser qu'en raison de cette bénignité il faut en élever beaucoup la dose?

---

(1) Cette précaution, qui est de rigueur quand on administre l'hydrochlorate d'or en frictions sur la langue, est inutile par rapport au cyanure, celui-ci ne subissant aucune décomposition par son contact avec les substances organiques. M. Figuier ne l'ignore sans doute pas.

Si, comme je l'ai dit plus haut, ont eût demandé des renseignemens à M. Pourché, ont eût appris de lui qu'après avoir fractionné le premier grain de cyanure en quinze jours, on en diviserait un second en quatorze, en treize fractions ou en moins suivant l'excitation qu'on voudrait produire, et qu'en faisant des diminutions plus ou moins fortes, la dose du remède étant la même que dès le début, on pourrait arriver à un huitième, à un sixième de grain, etc., le cas échéant.

L'emploi des pilules de cyanure d'or et d'extrait de seconde écorce de racine de daphné mézéréum n'exige-t-il pas une instruction? Comment se conduira l'homme de l'art qui voudrait s'en servir? Se bornera-t-il à en donner une fois sans conséquence, ou la répétera-t-il tous les jours? J'ignore si M. Pourché compose chaque pilule de trois grains d'extrait, mais je suis bien sûr que chacune ne contient pas un grain de cyanure d'or : il est trop prudent pour doser ainsi. S'il conseille ces pilules à de jeunes sujets, il prescrit un grain d'extrait et un dix-huitième, un seizième de grain de cyanure ; si c'est à un adulte l'extrait peut être porté à trois grains (je ne l'emploie qu'à deux), et le cyanure à un douzième de grain. Pour rendre l'administration du remède commode et en graduer facilement les doses, on prescrit, en commençant l'usage, une pilule à prendre dans la première cuillerée de soupe à dîner, et d'augmenter d'une chaque huitième jour, jusqu'à en porter le nombre à dix, douze et plus par prise. Je fixe à une semaine l'époque de l'augmentation pour les enfans de huit à dix ans ; on les rapproche pour les adultes. Parvenu à une quantité qu'il serait imprudent de dépasser et la maladie n'ayant pas cédé, je n'abandonne pas le remède ; je le fais continuer, mais en diminuant avec plus ou moins de rapidité le nombre de pilules que je fais augmenter de nouveau lorsque l'excitation qui a commandé la diminution est passée. Je suis plusieurs fois cette marche chez le même individu si le traitement doit être long.

Ce que je viens de dire au sujet de la formule des pilules s'applique à celle des pastilles.

Prenez :	Cyanure d'or.	un grain.
	Chocolat réduit en pâte.	q. s.

Pour faire des pastilles de cinq à six grains.

Celui qui voudra user de cette formule ne sera-t-il pas en droit de demander combien il faut former de pastilles pour déterminer la dose de cyanure que chacune d'elles contient?

Pour mettre fin à des corrections dont il m'est pénible de m'occuper, mais que j'ai crues indispensables afin d'utiliser une préparation précieuse et l'empêcher d'être nuisible, je vais exposer la manière dont je me sers des pastilles aurifères depuis une longue suite d'années.

Quoique je connaisse les propriétés du cyanure, ayant à me louer de l'oxide d'or par l'étain, c'est de cette préparation que je continue à me servir. Pour les enfans d'un à deux ans, je fais former des pastilles de chocolat de dix à douze grains chacune, contenant un dix-huitième de grain d'oxide. Pour les enfans de deux à quatre, je débute par un seizième ; pour ceux de quatre à six ans, par un quatorzième ; pour ceux de six à huit, par un douzième ; et à partir de cet âge et au-dessus par un dixième. Je fais prendre une pastille par jour peu de temps après l'ingestion des alimens ; et quand la première division des pastilles est épuisée, en les renouvelant on fait une pastille de moins que la première fois. Cette marche est constamment suivie, jusqu'au point qu'il m'arrive souvent de donner un quart de grain d'oxide par dose. Si je veux affaiblir l'action du remède sans l'abandonner, je me conduis comme pour les pilules, mais en sens inverse. Je diminue le nombre de celle-ci et j'augmente celui des autres. Au lieu de faire diviser l'oxide par quart de grain, je fais augmenter le nombre des fractions, sauf à le faire diminuer quand je le juge convenable.

Venant de relever des erreurs qui nuiraient à une méthode utile à l'humanité, je crois qu'il est de mon devoir de signaler une omission faite par M. Figuier, omission d'après laquelle un homme rempli de délicatesse, M. Pourché, s'approprierait l'invention du cyanure d'or qu'il savait bien n'appartenir.

Voyant vu dans un journal de médecine qu'un praticien se louait beaucoup plus dans le traitement de la syphilis, du cyanure de mercure que des autres préparations de ce métal, je priai M. Chamayou de me préparer du cyanure d'or : il s'en occupa de suite. (C'est vers la fin de novembre 1831.) Les effets que j'en obtins furent on ne peut plus satisfaisans ; mais dans la crainte de les juger avec prévention, j'engageai M. Chamayou à fournir à M. Pourché de la nouvelle préparation aurifère, pour qu'il répétât mes expériences. Je trouvai la même obligeance chez l'un et chez l'autre. Le premier n'a pas cru devoir faire connaître encore la manière dont il a opéré, parce qu'il veut faire de nouveaux essais ; mais il m'apprit qu'il avait obtenu le cyanure par précipitation d'une dissolution aurifère, au moyen du cyanure de potassium ; que le précipité lavé et séché se présente sous la forme d'une poudre de couleur jaune terne ; qu'il est sans action sur l'épiderme et qu'il n'éprouve aucune décomposition par son contact avec les substances organiques. Le second jugea à propos de rendre compte du résultat de ses expériences dans une lettre qui fut insérée dans la Gazette Médicale du 18 mai 1833, et que je crois devoir transcrire. J'y mettrai plus d'exactitude que n'en a mis M. Figuier, en la présentant en tête d'une brochure.

« Depuis un an, j'ai presque toujours employé le cyanure d'or dans le taitement de la syphilis et des scrofules ; il résulte de mes observations, que cette préparation est tout aussi efficace, et surtout beaucoup moins excitante que le chlorure d'or et de sodium.

» Le mode d'administration que j'ai suivi diffère peu de celui qui a été recommandé pour ce dernier sel ; on peut l'introduire dans le système vivant par le moyen de frictions sur la langue, ou sous la forme de pilules et de pastilles. Quatre ou cinq grains de cyanure d'or suffisent pour une syphilis récente ; il en faut depuis dix et jusqu'à vingt grains pour une syphilis ancienne.

» Le cyanure d'or ne se décompose pas comme le chlorure du même métal, quand on le combine avec un extrait ; aussi son union avec le daphne mézéréum est de la plus grande utilité, dans la phthisie tuberculeuse au premier degré, le carreau, dans les ulcères et les tumeurs dont l'affection scrofuleuse est la mère commune. Qu'on le prescrive sous la forme de pilules, de pastilles ou en frictions, on commence toujours par un quinzième de grain, et l'on arrive

plus ou moins rapidement jusqu'à un huitième. Je vous serai obligé, monsieur, de signaler cette nouvelle préparation aux praticiens. »

Voilà la lettre de M. Pourché, telle qu'elle a été présentée en tête de la brochure de M. Figuier.

N'est-il pas naturel de penser d'après la lecture de cette lettre calquée sur celle écrite à M. Guérin, que M. Pourché est l'auteur du cyanure d'or? mais qu'on y ajoute la phrase que M. Figuier a retranchée, et l'on verra comment il s'exprime :

M. *Chrestien, à qui je dois la connaissance du cyanure d'or, possède bon nombre de faits en faveur de cette préparation.*

P. S. Le but principal de cet écrit étant de rectifier des formules, je ne puis pas, monsieur, me dispenser d'en dénier deux qui paraissent être de moi, à cause de l'identité de nom avec la personne qui les a communiquées. Elles sont consignées dans l'article *chimie* et *pharmacie* de votre journal (livraison, 30 du juillet 1834). Elles sont ainsi conçues.

PASTILLES.

Prenez :	Chlorure d'or et de sodium.	cinq grains.
	Sucre en poudre.	une once.

avec s. q. de mucilage de gomme adragant, faites soixante pastilles, chacune contenant un douzième de grain de sel d'or.

PILULES.

Prenez :	Chlorure d'or et de sodium.	dix grains.
	Fécule de pommes de terre.	quatre grains.
	(Il faut quatre gros.) (1)	
	Gomme arabique.	un gros.
	Eau distilée.	un gros.

faites cent vingt pilules.

Ces formules fournies par le docteur Chrestien, mon neveu, ont été extraites de l'excellente thèse de M. Chamayou, qui les avait recueillies sur l'ordonnance de quelque autre praticien que moi.

Je ne dis pas que, malgré la décomposition de l'hydrochlorate qui s'opère dans les unes et dans les autres, elles ne puissent produire des effets salutaires; mais je n'en adopterai jamais l'emploi, la fixation de la dose du remède étant très-difficile à cause de la décomposition qui doit éprouver divers degrés, en raison du plus ou moins d'ancienneté du mélange.

» Je vous prie, monsieur, d'insérer cette lettre dans votre journal, et d'agréer l'assurance de ma parfaite considération. CHRESTIEN. »

Montpellier, le 8 septembre 1834.

(1) Nous profitons de cette occasion pour indiquer cet errata à nos lecteurs. (*Note du Réd.*)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Faux signes de la pierre dans la vessie.—Quel est le médecin qui a suivi un peu les hôpitaux, qui n'aurait à raconter quelque méprise touchant le diagnostic du calcul dans la vessie, et cela non pas de la part d'élèves inexpérimentés, mais de maîtres, et de maîtres habiles? Nous devons le dire, ces erreurs, qui ont entraîné plus d'une fois des opérations sanglantes et la mort des malades, pourraient être évitées avec un peu d'attention. Pour cela, il faudrait exercer le cathérisme avec moins de légèreté, le renouveler autant de fois qu'il est nécessaire pour asseoir son jugement d'une manière invariable, et ne prendre le bistouri que lorsqu'on a dix certitudes. Je me rappelle avoir vu tailler, il y a quelques années, par un habile opérateur, un malheureux qui n'avait pas la pierre. Un nombreux concours d'auditeurs entourait le patient; les tenettes portées dans la vessie ne trouvèrent rien. Pour son honneur particulier et pour l'honneur de l'art, le chirurgien avait, par hasard, un calcul dans sa poche, qu'il eut assez d'adresse pour substituer au calcul qui manquait, et il cacha ainsi sa faute aux trois quarts des assistans et à l'infortuné malade, que nous eûmes pourtant la satisfaction de voir guérir. A quoi tenait cette inconcevable erreur? A ce qu'un seul cathétérisme avait été pratiqué; que cette fois on avait cru sentir la pierre; qu'au moment d'opérer, la même illusion avait été produite par la sonde exploratrice, et que d'ailleurs tous les *signes rationnels* existaient.

Nous sommes amenés à ces réflexions par un fait qui s'est présenté à nous à l'hôpital de la Charité. Un jeune homme, d'environ vingt-six ans, éprouvait de la difficulté à uriner; il urinait souvent; le jet du liquide s'arrêtait tout à coup au moment de l'émission. Il avait de la pesanteur au périnée, de la douleur et un tiraillement au bout de la verge; la marche était pénible, et donnait lieu à des urines sanglantes. Ce trouble organique existait depuis trois ans, et était survenu après une gonorrhée. Il n'y avait aucun rétrécissement du canal de l'urètre.

Voilà bien tous, ou à peu près tous les *signes rationnels de la pierre;* aussi la première pensée a été pour l'existence de cette maladie, et malgré la nullité des explorations, on a persisté long-temps dans cette opinion. Les boissons mucilagineuses, les lavemens opiacés, les frictions avec la belladone, ont été employés sans aucun résultat; enfin on a eu recours à l'application largement faite de sangsues au périnée (soixante-douze en trois fois), et tous les symptômes ont été enlevés; des cataplasmes, des bains entiers et des boissons délayantes ont achevé la guérison. Ainsi voilà un homme qui a été menacé, plusieurs fois depuis quatre ans, d'être taillé comme ayant la pierre, et qui n'avait qu'une inflammation de la prostate ou de la vessie.

C'est le troisième exemple que nous observons chez des jeunes gens de tous les symptômes rationnels de la pierre sans la présence du corps étranger. Dans tous ces cas, les calmans et les mucilagineux n'ont été que d'un faible secours, avant la saignée périnéale, qui ne saurait donc être trop recommandée dans les affections de la vessie et de la prostrate.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

SEPTEMBRE 1834.

Sur la présence de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans quelques minéraux, dans le sel gemme et le sel marin. Par M. VOGEL de Munich.

M. Chevallier a trouvé de l'ammoniaque dans différens oxides de fer; il a fait voir qu'elle se formait pendant l'oxidation du fer humide au contact de l'air. Cette formation de l'ammoniaque a aussi lieu, d'après M. Sprengel, quand on expose à l'air le protoxide de manganèse humecté d'eau.

On sait que l'hydrochlorate d'ammoniaque se trouve plus particulièrement dans les produits volcaniques du Vésuve, de l'Etna, de Solfatara et des îles Liparis, etc.; je l'ai trouvé également dans un *rapil* volcanique de l'Auvergne. Cette considération m'avait porté à conclure que l'hydrochlorate d'ammoniaque n'existait pas dans les minéraux qui sont très-éloignés des contrées volcaniques. Ce soupçon a été en quelque sorte confirmé, en ce que je n'ai point trouvé la moindre trace d'hydrochlorate d'ammoniaque dans les oxides de fer qui m'ont été remis par le duc de Leuchtenberg, et dont on fait usage pour la fonte dans les environs d'Eichstaedt, ni dans le fer oxidé argileux à Traunstein, deux contrées situées en Bavière, et par conséquent très-éloignées des terrains volcaniques. Lorsque je fis chauffer ces oxides de fer dans une cornue, il passa dans le récipient de l'eau et du carbonate d'ammoniaque, mais non pas du sel ammoniac. Comme cette eau était sans couleur et dépourvue de toute odeur empyreumatique, il n'est pas probable que le carbonate d'ammoniaque se soit formé par la décomposition de quelques débris organiques, il y a plus de vraisemblance à admettre que ce sel existait tout formé dans le fossile soumis à l'expérience.

Le comte de Berchem m'ayant remis deux échantillons du fer argileux, dont il se sert comme fondant dans ses usines en Bohême pour l'extraction du fer doux, et qui donne parfois cependant un fer cassant à chaud, je les soumis à quelques épreuves. Dans l'un d'eux je trouvai une petite quantité de soufre dont la présence pouvait bien être la cause de la mauvaise qualité du fer. Lorsque je chauffai ce fossile réduit en poudre dans une cornue de verre pour en volatiliser l'eau, dont il renferme une quantité considérable, il se sublima vers la fin de l'opération un sel blanc qui avait tous les caractères de l'hydrochlorate d'ammoniaque. La présence de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans cet oxide de fer de Bohême s'explique cependant aisément, parce qu'il existe beaucoup de volcans éteints en Bohême.

Il y a quelques années, ayant eu à examiner la pureté d'un sel marin provenant de la saline de Friedrichshall, dans le royaume de Wirtemberg, j'y trouvai, en chauffant ce sel dans une cornue de verre, une petite quantité de sel ammoniac qui s'était sublimé dans le col de la cornue; je ne fis pas beaucoup d'attention alors à ce résultat, parce que je croyais le devoir attribuer au hasard. Mais quelque temps après, en examinant un sel marin qui se trouve dans le commerce à Munich, et qui ne pouvait certainement pas provenir du Wirtemberg, je reconnus qu'il s'en sublimait aussi de l'hydrochlorate d'ammoniaque, et dès ce moment je ne vis plus de motif d'attribuer au hasard la présence du sel ammoniacal dans le sel marin.

Pour acquérir plus de renseignemens sur cet objet, je fis l'expérience suivante :

Dix onces de sel marin de la saline de Rosenheim en Bavière, bien desséché et réduit en poudre fine, furent introduites dans une cornue de verre, celle-ci fut exposée au feu nu et successivement chauffée jusqu'au ramollissement du verre; il passa d'abord dans le récipient quelques gouttes d'acide hydrochlorique provenant sans doute de la décomposition de l'hydrochlorate de magnésie, et ensuite il se forma un sublimé blanc dans le col de la cornue. Ce sublimé, détaché des parois du vase, donnait un précipité jaune dans la dissolution concentrée de platine, un morceau de potasse pure et dégageait du gaz ammoniac, et le nitrate d'argent y formait un précipité blanc, insoluble dans l'acide nitrique; en un mot, le sublimé blanc se comportait comme de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Une expérience semblable fut faite avec le sel gemme blanc de Hall en Tyrol; dix onces de ce sel bien desséché et pulvérisé furent chauffées dans une cornue. Il passa aussi une petite quantité d'acide hydrochlorique, et vers la fin de l'opération il se sublima une substance blanche. Après avoir coupé le col de la cornue, je pus, au moyen d'une lampe, volatiliser le sublimé : Il se fixait sur un autre point refroidi et plus éloigné. Il était très-soluble dans l'eau, précipitait la dissolution de platine en jaune, laissait dégager du gaz ammoniac par la potasse; il offrait ainsi tous les caractères de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Comme les expériences que je viens d'énoncer m'avaient

démontré que l'hydrochlorate d'ammoniaque existait dans le sel marin de Friedrichshall en Wirtemberg, dans le sel gemme de Hall en Tyrol, ainsi que dans le sel marin de Rosenheim en Bavière, je me procurai les sels des autres salines de différentes contrées de la Bavière, savoir, de Kissingen et d'Orb dans le cercle du Bas-Mein, et de Durkheim dans le cercle du Rhin.

Ces trois sels me produisirent par la distillation une quantité notable d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Les eaux-mères de nos salines en Bavière donnent un précipité jaune très-considérable avec la dissolution de platine. Me fondant sur cette observation, j'avais annoncé, il y a déjà long-temps, que le sel gemme, ainsi que les eaux-mères des salines, contenaient un sel à base de potasse. Après avoir reconnu l'existence de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le sel gemme, je craignis de m'être fait illusion en y admettant l'existence de la potasse, et je présumai que le précipité jaune de platine pouvait avoir été produit par l'hydrochlorate d'ammoniaque; mais en examinant de nouveau cet objet, je me suis assuré que les eaux-mères des salines ne contiennent pas d'hydrochlorate d'ammoniaque, et que le précipité jaune de platine provient effectivement d'un sel à base de potasse. Il n'est pas impossible, toutefois, que les eaux-mères ne contiennent, dans quelques circonstances, des traces d'hydrochlorate d'ammoniaque, puisque ce composé existe dans le sel marin; toujours est-il que je n'ai pas pu dégager du gaz ammoniac en versant l'eau-mère, rapprochée autant que possible et encore bouillante, sur l'hydrate de chaux en poudre.

Résumé.

Il résulte des expériences précédentes :

1° Que l'hydrochlorate d'ammoniaque existe dans l'oxide de fer de Bohême ainsi que dans le rapil d'Auvergne; mais que les deux échantillons d'oxide de fer que j'ai examinés, et qui avaient été recueillis en Bavière, loin d'aucun terrain volcanique, n'en renfermaient pas.

2° Que le sel marin de Friedrichshall en Wirtemberg, le sel gemme de Hall en Tyrol, ainsi que les différens sels de toutes les contrées de la Bavière, renferment, comme les produits volcaniques, de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

3° Que les eaux-mères des salines ne paraissent pas contenir des traces sensibles d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Sur le dégagement du gaz acide carbonique, et du chlore provenant du peroxide de manganèse, et sur les débris organiques dans quelques minéraux; par M. VOGEL de Munich.

Plus d'une fois j'avais remarqué qu'en faisant rougir le peroxide de manganèse pour en extraire le gaz oxigène, ce gaz était toujours accompagné d'une plus ou moins grande proportion de gaz acide carbonique, quoique le peroxide de manganèse, employé pour l'expérience, ne renfermât aucune trace d'un carbonate quelconque en examinant le peroxide de manganèse, j'y trouvai de petites quantités de carbone, et m'expliquai aisément ainsi la formation du gaz acide carbonique par la combinaison du carbone avec l'oxigène à une haute température.

Quoique l'opinion soit généralement admise que le peroxide de manganèse naturel dégage aussi du gaz azote à la chaleur rouge, je n'ai pas obtenu ce résultat en faisant rougir le peroxide de manganèse cristallisé dans un canon de fusil ou dans une cornue de fer; cependant, comme différentes espèces de peroxide de manganèse renferment de l'ammoniaque, le dégagement du gaz azote n'est pas impossible dans certains cas.

Quand on chauffe dans un matras le peroxide de manganèse en poudre, et mêlé avec la moitié de son poids d'acide sulfurique concentré, il se dégage au commencement de l'opération, outre le gaz acide carbonique et l'oxigène, une petite quantité de chlore que l'on peut reconnaître, non-seulement par son odeur particulière, mais aussi parce que la teinture de tournesol étendue en est blanchie (1). Le manganèse, réduit en poudre, que j'employais par l'extraction du gaz oxigène, provenant quelquefois d'un moulin dans lequel il était pulvérisé en grand pour les fabricans de chlorure de chaux, je soupçonnai que, pour éviter la poussière, on l'avait arrosé avec de l'eau contenant quelques hydrochlorates, je donnai également cette explication dans mon cours de chimie, parce qu'elle me parut satisfaisante, car je ne pouvais pas m'imaginer que l'acide sulfurique provenant des chambres de plomb ayant été exposé, pour en volatiliser l'eau, à une température considérable, pût encore retenir de l'acide hydrochlorique, à moins que celui-ci n'y existât sous forme de chlorure de plomb. Il n'y a d'ailleurs que les premières portions de gaz oxigène qui renferment du chlore, tandis que le dégagement du gaz acide carbonique continue long-temps; mais il est facile d'en débarrasser le gaz oxigène par l'eau de chaux.

M. Mac Mullen, ainsi que M. Philipps et Johnston, ont aussi fait des expériences à cet égard sur le peroxide de manganèse; et M. Mullen, qui avait également remarqué le dégagement du chlore, en a attribué la cause à une combinaison de chlore contenue dans le manganèse (2).

D'après M. Philipps, ce serait du chlore de calcium qui se trouverait dans le manganèse; M. Kane, de son côté, attribue le chlore à une petite quantité d'acide hydrochlorique, qui serait retenue par l'acide sulfurique. Les résultats de ces chimistes n'étant pas d'accord, j'ai fait encore quelques expériences sur cet objet.

Le peroxide de manganèse, réduit en poudre, fut soumis à l'ébullition avec de l'eau, la liqueur filtrée fut évaporée à siccité, et il resta une matière jaunâtre qui attira faiblement l'humidité de l'air. Redissoute dans l'eau, sa dissolution fut précipitée par le nitrate d'argent, ainsi que par l'hydrochlorate de baryte et l'oxalate d'ammoniaque; le résidu conte-

---

(1) Le dégagement de chlore dans cette circonstance a été aussi remarqué par M. Dingler fils et sans doute par d'autres chimistes.

(2) Voyez *Annals of Philos.*, février 1827, page 142.

nait donc de l'hydrochlorate et du sulfate de chaux, mais pas une trace de manganèse, ni alumine ni magnésie. Le peroxide de manganèse, ainsi épuisé par l'eau bouillante et bien desséché, fut mêlé avec la moitié de son poids d'acide sulfurique concentré (provenant de la combustion du soufre au moyen du salpêtre), il s'en dégagea, malgré cette purification du manganèse, une certaine quantité de chlore avec le gaz oxigène. Ce dégagement de chlore n'eut cependant pas lieu, lorsque le peroxide de manganèse, purifié par l'eau, fut chauffé avec l'acide sulfurique provenant de la distillation du sulfate de fer, d'où l'on peut conclure que le dégagement du chlore ne doit pas être attribué à une combinaison de chlore dans le peroxide de manganèse, mais qu'il provient plutôt de la petite quantité d'acide hydrochlorique qui se trouve toujours dans l'acide sulfurique concentré obtenu par la combustion du soufre.

Je ferai remarquer, à la suite de cette note, que j'ai reconnu des débris organiques dans plusieurs substances minérales dans lesquelles on n'avait pas lieu d'en soupçonner la présence. Dans ce cas, se trouve par exemple le peroxide de manganèse lui-même, l'amphibole, la néphéline, l'asbeste, le klebschiefer de Ménilmontant, le feldspath annulaire, la zéolithe, le grès flexible du Brésil, etc.

Pour se convaincre de la présence de la matière organique dans un minéral, il suffit de le faire bouillir quelques minutes avec de l'eau qui a été distillée avec soin, et qui n'a pas par elle-même la propriété de rougir au soleil quand elle est mêlée de nitrate d'argent.

Après le refroidissement, on décante l'eau à clair, sans la filtrer, pour éviter le principe organique qu'elle prendrait au papier, et on l'expose au soleil, après y avoir ajouté quelques gouttes d'une dissolution de nitrate d'argent. S'il y a des traces de débris organiques dans le minéral, l'eau bouillante en dissout une certaine quantité, et, dans ce cas, lorsqu'on l'expose au soleil, mêlée avec du nitrate d'argent, il s'y développe, au bout de quelques minutes, une couleur rouge de vin. On pourrait cependant croire que ceci proviendrait d'une poussière organique adhérente à la surface du minéral; mais les minéraux soigneusement lavés offrent encore les mêmes phénomènes, quand même on les fait bouillir à plusieurs reprises avec de l'eau, ce qui a lieu pourtant à un plus haut degré avec les argiles qui renferment, comme tout le monde sait, une quantité très-considérable de matières organiques.

De l'action de l'hydrochlorate d'ammoniaque sur quelques sulfates et sur l'argent; par M. VOGEL, de Munich.

Lorsque l'on mêle une dissolution concentrée de sulfate de fer vert avec une dissolution également concentrée de sel ammoniac à volumes égaux, on voit se former au bout de vingt-quatre heures de petits cristaux transparens d'un jaune clair. Ces cristaux sont très-durs et beaucoup moins solubles dans l'eau que le sulfate de fer lui-même.

Chauffés à la flamme de l'alcool dans un tube de verre, ils se boursouflent faiblement sans subir de fusion, deviennent d'un blanc mat et perdent leur transparence; il s'en volatilise de l'eau, ensuite de l'ammoniaque et du sulfate d'ammoniaque. Lorsqu'on verse de l'acide sulfurique concentré sur les cristaux, ils lui cèdent leur eau et deviennent opaques sans qu'il se produise la moindre effervescence.

La dissolution des cristaux dans l'eau est sans couleur et contient le fer dans l'état de protoxide. Le nitrate d'argent n'en précipite pas de chlorure d'argent, il se forme seulement, au bout de quelque temps, de l'argent métallique réduit par l'oxide de fer, d'où résulte qu'il n'y a pas d'acide hydrochlorique dans les cristaux, et qu'ils se comportent comme du sulfate de protoxide de fer et d'ammoniaque.

Les cristaux ne renfermant pas d'acide hydrochlorique, il s'agissait de savoir ce qu'était devenu l'acide hydrochlorique contenu dans le sel ammoniac. Cet acide n'était pas mis en liberté, car, en chauffant le liquide décanté des cristaux, il ne s'en dégageait pas de gaz hydrochlorique, et l'eau-mère ne rougissait pas plus la teinture du tournesol que la dissolution employée du sulfate de fer. Il ne se formait pas non plus dans cette circonstance du chlorure de fer, mais plutôt un sel double dans lequel l'acide hydrochlorique était neutralisé par l'ammoniaque et par le protoxide de fer.

Si donc le sel ammoniac cède une partie de sa base pour former le sulfate de fer et d'ammoniaque qui cristallise le premier, il enlève au sulfate de fer autant de protoxide de fer qu'il lui en faut pour devenir neutre lui-même; ce sel double reste dans l'eau-mère et cristallise par l'évaporation en octaèdres transparens, très-durs, d'un jaune d'urane.

Ce dernier sel n'attire pas l'humidité de l'air et fait effervescence avec l'acide sulfurique concentré, en laissant dégager du gaz hydrochlorique. En le chauffant dans un tube de verre, il se sublime du sel ammoniac, et il reste de l'oxide de fer. Il est très-soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool, et consiste en une combinaison neutre hydrochlorique d'oxide de fer et d'ammoniaque.

Sulfate de cuivre.

La dissolution de sulfate de cuivre perd sa couleur bleue par l'addition du sel ammoniac et passe au vert d'émeraude. En mêlant ensemble les deux dissolutions concentrées de sel ammoniac à volumes égaux dans un vase fermé, il se forme déjà, au bout d'une demi-heure, un sel d'un blanc bleuâtre; au bout de vingt-quatre heures, les cristaux ont considérablement augmenté de volume. Ils sont transparens, mais ils perdent cette transparence avec leur eau de cristallisation dans un air sec. L'acide sulfurique concentré n'y produit aucune effervescence, et le nitrate d'argent ne trouble pas leur dissolution dans l'eau; ils ne contiennent donc pas d'acide hydrochlorique: ils sont solubles dans une partie et demie d'eau bouillante, et la dissolution cristallise par le refroidissement. Ils se comportent comme une combinaison neutre d'acide sulfurique, de deutoxide de cuivre et d'ammoniaque. L'eau-mère décantée et évaporée donne des cristaux d'un vert serein inaltérables à l'air; ils sont composés d'acide hydrochlorique, neutralisé par l'oxide de cuivre et l'ammoniaque.

Sulfate de manganèse.

Par le simple mélange des dissolutions concentrées de sulfate de manganèse et de sel ammoniac, il ne se forme pas des cristaux même au bout de quelques jours; mais si l'on fait rapprocher davantage le liquide par l'évaporation, il s'en dépose des cristaux après le refroidissement. Les cristaux ne ressemblent ni au sulfate de manganèse ni au sel ammoniac. Ils sont durs, d'un blanc jaunâtre et diaphane, et ils ne contiennent pas d'acide hydrochlorique. A une température de + 60 à 70° C., ils perdent leur eau de cristallisation et deviennent opaques. — Chauffés dans un tube de verre, il s'en volatilise de l'eau et du sulfate d'ammoniaque.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que les sulfates mentionnés de fer, de cuivre et de manganèse, ne sont pas décomposés complétement par le sel ammoniac, mais seulement à moitié, c'est-à-dire que le sel ammoniac ne cède qu'une partie de son ammoniaque au sulfate, ce qui donne naissance à la formation de deux sels doubles, au sulfate métallique et d'ammoniaque moins soluble et cristallisant le premier, et à l'hydrochlorate métallique et d'ammoniaque beaucoup plus soluble, qui reste dans l'eau-mère. Ces sulfates doubles ne diffèrent au reste en rien de ceux que MM. Berzélius et Mitscherlich ont obtenu et fait connaître en décomposant les sulfates de fer et de cuivre par le sulfate d'ammoniaque.

Il a été reconnu que l'eau qui contient du sel marin ou du sel ammoniac, dissout une plus grande quantité de sulfate de chaux que l'eau pure. Je me suis assuré, en effet, que l'eau chargée de l'un ou l'autre de ces sels dissout plus de gypse que l'eau pure; mais en faisant évaporer la dissolution claire du gypse dans l'eau contenant du sel ammoniac, et en séparant le dernier par la sublimation, il reste du gypse pur et pas une trace d'hydrochlorate de chaux, d'où résulte que le sulfate de chaux n'est pas décomposé par le sel ammoniac.

Le sulfate de baryte ne se dissout pas du tout dans l'eau chargée de sel ammoniac, et n'en subit pas non plus la plus légère décomposition.

Sulfate de plomb.

Une dissolution de sel ammoniac très-étendue d'eau que l'on laisse quelques minutes en contact avec le sulfate de plomb, se charge d'une quantité notable de plomb. Si l'on fait bouillir une dissolution de sel ammoniac avec du sulfate de plomb, et si l'on filtre la liqueur encore bouillante, elle se trouble à mesure qu'elle refroidit, et il se dépose de petits cristaux brillans de chlorure de plomb, et la dissolution décantée contient du sulfate d'ammoniaque.

Lorsque l'on fait bouillir le sulfate de plomb à plusieurs reprises avec de nouvelles quantités d'une dissolution de sel ammoniac; on parvient enfin à décomposer entièrement le sulfate de plomb, d'où résultent du chlorure de plomb et du sulfate d'ammoniaque. La formation du chlorure de plomb est surtout abondante à la première ébullition, et elle diminue successivement et à mesure qu'il se forme plus de sous-sulfate de plomb. J'ai eu occasion de constater ce fait déjà reconnu, que le sulfate de plomb est un peu soluble dans l'eau, car les derniers liquides sont précipités en noir par l'hydrogène sulfuré, et en même temps par le nitrate de baryte.

Action du sel ammoniac sur l'argent.

Le phénomène que des potions renfermant du sel ammoniac rendent les cuillères d'argent plus ou moins noires quand on ne les essuie pas de suite, a été remarqué depuis longtemps par les médecins, et M. Wetzlar de Hanau s'est occupé particulièrement de cet objet. Il regarde la couche noire dans une cuillère d'argent comme un sous-chlorure d'argent soluble dans l'ammoniaque, et il émet l'opinion, que la tache noire ne se forme pas sur l'argent pur, mais seulement dans le cas où l'on met une lame de cuivre dans la dissolution de sel ammoniac sur l'argent, et que par conséquent l'enduit noir ne serait produit que par le cuivre qui se trouve en alliage dans l'argent.

Pour répéter ces expériences, je me procurai de l'argent pur que je fis battre en feuilles, car les feuilles d'argent que l'on trouve dans le commerce sont rarement exemptes de cuivre. Je versai sur ces feuilles d'argent pur une dissolution de sel ammoniac concentrée. Les flacons qui étaient entièrement remplis et fermés furent conservés l'un dans un endroit obscur et l'autre à la lumière du jour. Les feuilles d'argent n'avaient pas, au bout d'un mois, sensiblement perdu de leur éclat, cependant il y avait une trace d'argent dans la dissolution.

Les feuilles d'argent sont rapidement attaquées quand, au contraire, elles sont en même temps exposées à l'action de l'air et à celle du sel ammoniac; pour en juger, j'en plaçai plusieurs dans un matras à fond plat, et je versai dessus une dissolution concentrée de sel ammoniac, mais en si petite quantité, qu'elles n'en fussent pas entièrement couvertes. J'agitai de temps en temps le matras qui n'était pas hermétiquement fermé, de telle sorte que l'air pût se renouveler sans que l'eau de la dissolution pût s'évaporer. Cette dernière circonstance doit être soigneusement évitée, car l'action de la dissolution sur l'argent cesse complétement quand le sel ammoniac se dépose en cristaux.

Si, au bout de quelques jours, les feuilles d'argent ont presque totalement disparu, la dissolution se comporte comme il suit :

Elle ne présente pas de variation sensible dans sa neutralité, et on ne peut guères y apercevoir des propriétés alcalino-ammoniacales; lorsqu'on ajoute quelques gouttes d'eau distillée à la dissolution, elle se trouble et laisse déposer un précipité blanc, insoluble dans l'acide nitrique, et qui a toutes les propriétés du chlorure d'argent. L'hydrogène sulfuré forme dans la dissolution un précipité noir. Quand on ajoute de l'eau distillée jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité, la liqueur filtrée est encore noircie par l'hydrogène sulfuré; mais l'acide hydrochlorique n'y forme pas de précipité. Il suit de là que la dissolution concentrée de sel ammoniac peut contenir une quantité notable de chlorure d'argent dont la plus grande partie en est précipitée par l'eau, et que la dissolution de sel ammoniac très-étendue d'eau retient encore des traces d'argent. Cette dissolution

concentrée, claire et chargée de chlorure d'argent, ne noircit pas aux rayons solaires; mais quand elle est troublée par l'addition d'un peu d'eau, elle noircit de suite au soleil. Au reste, le chlorure d'argent nouvellement précipité d'une dissolution de nitrate d'argent par le sel marin ou par l'acide hydrochlorique, se dissout parfaitement dans une dissolution concentrée de sel ammoniac, et peut en être séparé en grande partie par l'addition de l'eau. La dissolution concentrée de sel ammoniac chargée de chlorure d'argent laisse déposer, à la vérité, des cristaux par l'addition de l'acide hydrochlorique concentré; mais ces cristaux sont solubles dans une plus grande quantité d'eau et avec la disparition des cristaux il se forme un précipité blanc de chlorure d'argent.

La formation des cristaux par l'acide hydrochlorique dans une dissolution de sel ammoniac ne provient que de la soustraction d'eau, d'où résulte que le sel ammoniac lui-même cristallise, comme cela a lieu, avec l'acide hydrochlorique ou avec une dissolution concentrée d'hydrochlorate de chaux ajoutée à une dissolution de l'hydrochlorate de baryte. Dans tous les cas, les précipités formés peuvent se redissoudre dans une plus grande quantité d'eau.

D'après les résultats énoncés, il n'y a pas de doute qu'il y ait de l'argent contenu dans la dissolution concentrée de sel ammoniac; il s'agit encore de savoir en quel état l'argent s'y trouve.

Quand on chauffe une dissolution de sel ammoniac dans laquelle on a mis des feuilles d'argent, il se dégage une petite quantité d'ammoniaque, car le papier jaune de curcuma tenu à la surface rougit légèrement. Ceci pouvait faire croire que la dissolution deviendrait également ammoniacale, et que le chlorure d'argent serait tenu en dissolution par l'ammoniaque mis en liberté. Mais la dissolution de sel ammoniac qui a dissout les feuilles d'argent à froid ne laisse pas dégager de l'ammoniaque lorsqu'on élève sa température, ni même sous l'influence d'une ébullition continue par laquelle l'excès d'ammoniaque devrait être volatilisé; de plus, la liqueur ne se trouble pas par l'ébullition et ne laisse déposer aucune trace de chlorure d'argent. Il paraît, d'après cela, que le chlorure d'argent se trouve dans la dissolution *neutre* de sel ammoniac, et qu'il n'y est pas dissout par l'excès de l'ammoniaque.

Lorsqu'on fait évaporer la dissolution de sel ammoniac chargée d'argent jusqu'à siccité, si l'on volatilise le sel ammoniac par la sublimation, le chlorure d'argent reste au fond du creuset. La quantité de chlorure d'argent dans le sel ammoniac n'est cependant pas si considérable, que l'on puisse regarder la combinaison comme un sel double; aussi le chlorure d'argent ne paraît avoir aucune influence sur la forme cristalline du sel ammoniac, car la dissolution donne, par l'évaporation, des cristaux qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux du sel ammoniac pur. La seule différence qu'il y ait consiste en ce que le sel ammoniac argentifère est noirci par l'hydrogène sulfuré, et rend l'eau laiteuse, parce que le chlorure y reste pendant quelque temps en suspension avant de se déposer.

L'observation que le chlorure d'argent est un peu soluble dans les chlorures à base alcaline, a été déjà faite par M. H. Rose, ainsi que par MM. Gay-Lussac et Liebig. Ces deux derniers chimistes ont même indiqué l'acide nitrique comme un moyen de séparer les traces de chlorure d'argent d'une dissolution de sel marin. Il est certain, toutefois, que le sel ammoniac dissout beaucoup plus de chlorure d'argent que ne le font les chlorures de potassium et de sodium. Lorsqu'on verse dans une dissolution froide et concentrée de sel ammoniac, une dissolution également concentrée de nitrate d'argent en petites proportions, il se forme au point de contact des deux liquides un nuage blanc qui disparaît aussitôt par l'agitation. On peut ajouter encore successivement beaucoup de nitrate d'argent, jusqu'au terme où le précipité ne se redissout plus; enfin le liquide devient laiteux et le précipité reste en suspension.

Si l'on porte cette solution troublée par le chlorure d'argent à l'ébullition, le précipité disparaît entièrement, ce qui prouve que le chlorure d'argent est plus soluble à chaud qu'à froid dans le sel ammoniac; aussi, dans une dissolution bouillante et concentrée de sel ammoniac, peut-on dissoudre une quantité notable de chlorure d'argent. Cette dissolution bouillante et chargée au *maximum* de chlorure d'argent, refroidie lentement dans un vase clos et dans l'obscurité, laisse déposer une partie de chlorure d'argent en petits cristaux, et une autre reste en dissolution.

Nous avons vu plus haut que la dissolution de sel ammoniac, chauffée avec les feuilles d'argent, laisse dégager très-peu d'ammoniaque; mais ce dégagement devient plus sensible à une plus haute température. A cet effet, j'introduisis, au fond d'un tube de verre, du sel ammoniac en poudre à une certaine distance; au-dessus je plaçai une lame d'argent pur, et, à l'extrémité du tube qui avait une position horizontale, je mis du papier jaune de curcuma. Je commençai à chauffer la lame d'argent au moyen d'une lampe à l'esprit de vin jusqu'à ramollir le tube de verre; alors je plaçai une autre lampe sous le sel ammoniac, dont les vapeurs passaient sur la lame d'argent, d'où résultait que le papier de curcuma brunit, parce qu'il se dégageait du gaz ammoniac. Comme d'après l'observation de MM. Bischoff et Kastner, le verre peut, en certaines circonstances, décomposer le sel ammoniac, j'ai répété l'expérience dans un tube de porcelaine, mais il y avait également un dégagement de gaz ammoniac.

Résumé.

Il résulte des expériences qui précèdent :

1° Que les sulfates de fer, de cuivre et de manganèse sont décomposés en partie par la dissolution de sel ammoniac. Cette décomposition donne naissance à deux sels doubles; l'un, qui cristallise le premier, est le sulfate ammoniaco métallique; l'autre, plus soluble, est l'hydrochlorate ammoniaco-métallique.

2° Que le sulfate de chaux est plus soluble dans l'eau chargée de sel ammoniac que dans l'eau pure; mais qu'il n'est pas décomposé par ce sel, et que le sulfate de baryte n'est pas soluble dans l'eau chargée de sel ammoniac.

3° Que le sulfate de plomb est entièrement décomposé par l'eau chargée de sel ammoniac, d'où résultent du chlorure de plomb et du sulfate d'ammoniac.

4° Que la dissolution de sel ammoniac agit sur l'argent pur à l'aide du contact de l'air, le convertit en chlorure d'ar-

gent qui se dissout alors, et que la présence du cuivre n'y est pas de toute nécessité.

5° Que la dissolution concentrée de sel ammoniac peut dissoudre une quantité notable de chlorure d'argent dont la plus grande partie en est précipitée par l'eau.

6° Que le chlorure d'argent est encore plus soluble dans une dissolution de sel ammoniac portée à l'ébullition.

7° Enfin, que le sel ammoniac en vapeur conduite sur l'argent pur, chauffé jusqu'à la température où le verre se ramollit, laisse dégager du gaz ammoniac.

NOTICE

Sur plusieurs substances apportées de Guatimala par M. ALPHONSE BAZIRE (lue à la Société de pharmacie par M. GUIBOURT).

Je présente à la Société un certain nombre de substances apportées de Guatimala par M. Alphonse Bazire, négociant français établi dans la république du Centre-Amérique, et assistant aujourd'hui à la séance.

Plusieurs de ces substances nous sont connues, mais doivent être citées comme faisant partie des productions de Guatimala, et pour appeler sur ce point l'attention des négocians français, d'autres sont entièrement nouvelles et pourront trouver une application ultérieure. Je vais indiquer ici en peu de mots les caractères particuliers qu'elles m'ont présentés et les renseignemens que M. Bazire a bien voulu me donner à leur sujet.

1° *Notice sur la culture de la cochenille ;* par M. BAZIRE.

La cochenille, comme le savent tous les naturalistes, croît sur une espèce de *cactus* nommée vulgairement *raquette*, ou *nopal cochenillifère*. Il y en a trois ou quatre espèces bien distinctes pour les planteurs. Le *nopal blanc* a le fruit blanc à l'intérieur, et la feuille d'un vert terne tirant sur le pistache ; cette feuille est souvent crevassée par la gomme blanche qui sort de l'intérieur. Cette plante a eu la préférence pendant long-temps, comme étant plus propre à la nourriture de la cochenille ; maintenant on commence à l'abandonner, parce qu'elle s'étend trop latéralement, et que les feuilles, ainsi éparpillées, ne garantissent pas les jeunes cochenilles de l'injure du vent ou de la pluie, qui peut détruire toute une récolte en deux ou trois heures, si elle donne avec deux vents opposé alternativement; et aussi parce qu'on a cru reconnaître que la grande abondance de suc dont est pourvu ce nopal nuisait à la beauté du grain de la cochenille.

Le *nopal jaune* est assez prisé ; son fruit est jaune et sa feuille un peu plus claire que le blanc, plus maigre et plus épineuse.

Le *nopal rouge* est encore très-rare ; ses fruits sont à l'intérieur d'un beau cramoisi, qui éblouit la vue lorsqu'ils sont nouvellement partagés. Ces deux derniers nopals, quoiqu'anciennement peu estimés, à cause de la dureté de leurs feuilles, la seconde année, obtiennent la préférence aujourd'hui que l'on implante la cochenille sur de nouvelles feuilles tous les ans : vu que l'on émonde aussitôt après la récolte, toutes les feuilles qui ont été couvertes d'insectes, ne conservant que la *feuille-mère*, les *fils* et quelques *petits-fils* (1), lesquels poussent de nouvelles feuilles pendant l'hiver, ou la saison des pluies ; époque à laquelle la culture en plein champ est suspendue.

Avant que l'expérience eût démontré l'avantage de cette méthode, l'on ne coupait que les feuilles qui dépassaient l'alignement du haut ou des côtés, et les feuilles qui eussent été les plus propres à la nourriture de l'insecte étaient justement celles que l'on élaguait.

Le nopal blanc, par la surabondance de ses sucs, se conservait tendre plus long-temps ; de là la préférence dont il jouissait. Le nopal jaune, le rouge, et un autre dit de *Oajaca*, par leur nature plus touffue et par leurs feuilles plus minces à la vérité, mais la plupart concaves, offrent un abri plus sur contre la pluie aux cochenilles qui s'y sont fixées. Car malgré la saison de sécheresse, la pluie arrive encore trop souvent pour les planteurs, qui peuvent être ruinés par une seule pluie, en raison des énormes déboursés d'argent faits pour la culture.

Le nopal blanc a aussi le désavantage, par sa trop grande quantité d'eau végétale, de ne pouvoir conserver les cochenilles en plein champ, aussi facilement que les autres espèces ; l'insecte y pourrit et y meurt souvent avant d'avoir atteint le dixième de sa grosseur, malgré le soin que l'on a de couvrir les plantes d'un léger toit de chaume, qui les abrite de la pluie.

Il n'y a qu'un cas où le nopal blanc est préférable aux autres. C'est lorsqu'on veut conserver les cochenilles sous des hangars, ou dans les galeries pratiquées dans l'intérieur de toutes les maisons de ce pays. Dans ce cas, on forme avec des roseaux des étagères dans toute la longueur et hauteur des galeries, et sur divers plans, l'un devant l'autre, de manière que, dans chaque division, on puisse déposer sur champ des feuilles de nopal soutenues par deux roseaux à la partie inférieure et deux autres de chaque côté. Il faut laisser assez d'espace pour que l'air circule librement partout.

D'autres pendent les feuilles au plancher de leurs huttes ou maisons, par le moyen d'une ficelle attachée à la naissance de la feuille. Dans l'un et l'autre cas, les feuilles durent de six à huit mois, en conservant assez de fraîcheur pour élever une ou deux générations de cochenilles. L'insecte y est presque toujours attaché avant qu'elles ne soient coupées. Il se compose des individus qui étaient trop jeunes lors de la dernière récolte, ou de ceux produits par les cochenilles trop avancées, qui avaient effectué leur ponte au-

---

(1) La *feuille-mère* est celle qui se trouve implantée en terre ; les *fils* sont les feuilles qui sortent de la feuille-mère ; les *petits-fils* sont celles qui sont produites par les *fils*, etc.

paravant. Enfin, on se sert aussi, pour conserver la cochenille pendant l'hivernage, du procédé qui est usité pour la grande récolte d'été, ou mieux de la saison de sécheresse, qui dure de la fin d'octobre au mois de mai à peu près. Ce procédé consiste à mettre huit à dix cochenilles mères dans un petit cornet de papier, ou dans un bout de roseau de deux pouces de long et coupé en sifflet à la partie supérieure : l'extrémité inférieure est bouchée avec un peu de moelle, quand elle ne l'est pas naturellement par un des nœuds de la tige. On attache cette espèce de capsule ou le cornet, à la feuille de nopal avec une forte épine ; les cochenilles ainsi casées finissent leur ponte de petits insectes qui ont la grosseur de très-petites têtes d'épingles, qui se répandent sur toute la surface de la feuille, s'y fixent au bout de quelques heures, et parcourent alors, ainsi abritées, toutes les phases de leur croissance, jusque vers la fin de l'hivernage, où elles sont propres à assemiller les plantations de la grande culture.

La cochenille, pour se conserver pendant la saison des pluies, exige encore beaucoup d'autres menus soins, tels que de visiter les feuilles une à une, au moins tous les huit jours, pour en extraire les vers qui s'y trouvent et qui détruisent les cochenilles d'une manière effroyable. On a calculé qu'un de ces petits vers, avant d'être au point de se changer en chrysalide, a détruit et mangé quelques milliers de cochenilles, particulièrement s'il s'est trouvé éclos lors de la ponte. Enfin, malgré tous les soins, on perd une grande moitié des cochenilles avant la saison de l'*assemillation*, qui a lieu à la fin d'octobre ou au commencement de novembre.

A l'époque de la première assemillation, qui a lieu, d'après ce qui précède, vers la fin d'octobre ou au commencement de novembre, on ratisse toutes les feuilles qui ont servi à conserver la cochenille pendant la saison des pluies; on donne quelques heures de soleil à ces mères, qui sont en train de pondre, afin de ne pas les retarder par la manutention qu'exige l'*assemillation*. On prépare, ainsi qu'il a été dit plus haut, des petits bouts de roseaux de deux pouces de long environ ; ou bien l'on prend de la bourre de cocotier, sorte d'écorce filamenteuse qui se trouve à la naissance des feuilles, et qui a la propriété de s'étendre de manière à former un canevas très-clair. On coupe ce tissu en morceaux carrés de quatre à cinq pouces, dont on réunit les quatre coins avec une épine ; on y introduit dix à douze cochenilles mères qui y font leur ponte. Les petits s'échappent aussitôt par toutes les issues qu'offre l'écorce ainsi arrangée; ils sont plusieurs heures, souvent une demi-journée, avant de trouver une place assez tendre pour y enfoncer leur trompe et s'y fixer. Ils sont alors semblables à des pucerons imperceptibles et sont pourvus de longues pattes.

Au bout de quinze jours ou trois semaines, les cochenilles mères ayant fini leur ponte, sont réduites à moitié de leur grosseur et dans un état de siccité presque complète. On les nomme ici *cascarellia*, et en Europe *cochenille noire*. Cette cochenille est nécessairement plus riche en matière colorante que la *grise* ou *argentée*, qui n'a pas effectué sa ponte, et qui contient une quantité innombrable de petites cochenilles non pourvues de matière rouge.

A mesure que la cochenille croît, elle se couvre d'une poussière blanche qui la garantit contre la force du soleil, mais sa croissance est peu rapide jusqu'au deuxième mois, époque durant laquelle elle change une fois de peau. A partir de cet âge, elle grossit plus rapidement.

Nous ne devons pas omettre que le même ver, qui fait tant de ravages dans les cochenilles conservées pendant l'hivernage, en fait encore de bien plus grands pendant la saison de culture extérieure. On tient donc pendant tout le temps de la croissance, des enfans et de jeunes filles occupés au seul travail de chercher le ver, et on ne les paye que sur la quantité qu'ils en rapportent chaque soir à la maison ou chaumière du cultivateur. De plus, la plantation doit être nettoyée, pendant tout ce temps, des herbes et broussailles qui y croissent spontanément, et qui couvriraient des plants de nopal hauts de quatre à cinq pieds en moins d'un mois ou de six semaines, si on les laissait croître.

C'est lorsqu'on a eu le bonheur de n'avoir point de pluie, et lorsqu'on a employé assez d'enfans à la destruction du ver cochenillivore, c'est vers les deux mois ou dix semaines après l'assemillation que la plantation de nopal offre le plus beau coup d'œil ; toutes les feuilles étant blanchies par d'innombrables cochenilles de même couleur, et de la forme d'une verrue ou d'une petite lentille gonflée.

Vers la douzième ou treizième semaine, la cochenille a pris toute la croissance dont elle est susceptible, et c'est alors qu'on la récolte, lorsqu'on n'en a pas besoin pour la reproduction. Dans le cas contraire, il est avantageux de ne la détacher de la plante que lorsqu'elle a commencé sa ponte.

Récolte. Ce travail est particulièrement confié à des hommes et à des femmes qui ont l'habitude de discerner les cochenilles qui peuvent être détachées de celles qui doivent encore rester sur le nopal pour finir leur maturité. On se sert à cet effet de demi-calebasses oblongues qui font l'office d'une cuiller, et que l'on nomme à cause de cela *cuchara*. C'est avec une calebasse semblable et une spatule que l'on récolte la cochenille, en la raclant de dessus les feuilles du nopal et la faisant tomber dans la *cuchara*. La cochenille ainsi récoltée est étendue sur des plateaux de bois tendre, à la hauteur de trois lignes environ, et portée dans une étuve assez chauffée d'avance pour tuer tous les insectes. On introduit les plateaux dans l'étuve avec une grande pelle de bois, ou à l'aide d'un Indien placé lui-même dans l'étuve et chargé de les recevoir. Aussitôt l'étuve remplie, on la ferme exactement, et l'on n'en ôte la cochenille que vingt-quatre à trente-six heures après ; on l'étend sur des nattes au soleil pour la faire sécher, on la passe sur un tamis pour en séparer la poussière blanche qui la préservait de l'intempérie de l'air lorsqu'elle vivait sur le nopal ; enfin, on la crible pour séparer la *granilla* ou petite cochenille, de celle qui est reconnue bonne marchandise marchande.

La culture de la cochenille à Guatimala est poussée à un degré de perfection bien supérieur à celui d'Oaxaca, seul endroit du Mexique où on cultive également cet insecte, et la cochenille y acquiert une meilleure qualité, qui tient à la position topographique de l'*Antigua Guatimala* et à sa température presque invariable ; de sorte que l'insecte n'a à redouter ni la trop grande chaleur du soleil qui la rend précoce au détriment de sa grosseur, ni le froid ou des vents piquans qui la tueraient ; quant à la supériorité de culture

dont il vient d'être parlé, il faut l'attribuer à ce que, à Guatimala, cette culture se trouve entre les mains de riches propriétaires ou de cultivateurs désireux de l'améliorer; tandis qu'à Oaxaca la cochenille est soignée par les indigènes qui n'y font autre chose que ce que l'on faisait avant eux il y a bien des années.

Nota. Quand je parle de la cochenille de Guatimala, il faut entendre celle cultivée à l'*Antiguma Guatimala*, ville détruite il y a cinquante-cinq ans par un tremblement de terre. Tous les essais tentés pour cultiver la cochenille à la nouvelle Guatimala ont été infructueux, bien que cette dernière ne soit distante de l'ancienne que de six lieues en ligne droite. Il y a cependant entre l'*Antigua* et la *Nueva* Guatimala un joli village situé sur le bord d'un lac, qui jouit de plus de chaleur que l'*Antigua*, et où il pleut moins pendant le temps de l'hivernage. C'est de là principalement que l'on tire les cochenilles mères pour les transporter à l'Antigua, où elles acquièrent la belle qualité qui caractérise la cochenille de cet endroit. A *Amatitan*, où il fait un peu plus chaud qu'à l'*Antigua*, la cochenille est beaucoup moins belle.

La culture de la cochenille est une des plus productives, et celle qui peut, dans le moins de temps, enrichir le cultivateur; lorsqu'il ne pleut pas pendant la récolte, et qu'on a eu le soin d'entretenir assez de gens pour détruire le ver qui mange la cochenille, tous frais payés, le bénéfice est de 50 à 60 pour 100, année commune. Il s'élève quelquefois à 150 et 200 pour 100; d'autres fois aussi on perd tout, achat de cochenille et frais d'entretien; et on a vu, pendant trois années consécutives, les planteurs ne pas faire leurs frais.

L'*Antigua* est un point qui mérite de fixer l'attention du voyageur observateur. Placée à la base de trois volcans qui ne sont pas à plus d'un mille de distance l'un de l'autre, et entourée de coteaux et de montagnes cultivées jusqu'au sommet, on y trouve réunis tous les fruits d'Europe la plupart des meilleures espèces d'Amérique. Nos légumes et ceux du pays y sont aussi très-abondans et à bon marché. La plaine où se trouve la ville peut être comparée, pour le nivellement, à un lac oblong, long de quatre milles, et large de deux dans sa plus grande étendue; elle est arrosée par deux petites rivières: le *Guacalate* et le *Pensativo*. Ce dernier, qui n'a que l'apparence d'un fossé presque desséché en été, s'accroît quelquefois, durant l'hivernage, jusqu'à inonder plusieurs quartiers de la ville, dont les rues sont encore encombrées et couvertes de sable jusqu'à une hauteur de deux ou trois pieds.

L'Antigua récolte de 12 à 1500 surrons de 150 livres de cochenille chacun, dans les bonnes années, et dans les mauvaises on n'en obtient quelquefois pas plus de 150 surrons. Les plantations sont, pour la plupart, situées sur l'emplacement d'anciens couvens qui faisaient plus du tiers de la ville.

Autour de l'Antigua se trouve un grand nombre de villages habités, de temps immémorial, par les Indiens ou indigènes qui sont ceux qui vont travailler les nopalières, sous l'inspection de chaque propriétaire. On peut dire avec certitude que tous les champs cultivés en cochenille à l'Antigua, ne forment pas plus d'un mille carré, le restant est occupé par des plantations de canne à sucre, de luzerne, de maïs et de légumes qui servent à l'approvisionnement de la ville.

2° *Racine de cahinca. Chiococca racemosa.* J.! Cette racine est moins tortueuse, plus brune et moins sapide que celle du Brésil; elle est probablement aussi moins active, et n'est mentionnée ici que pour mémoire.

3° *Contra hierba*, ou *raiz febrifuga, racine de contrayerva.* Cette racine est un peu différente, par sa forme longue, irrégulière et plusieurs fois étranglée, du contrayerva de nos officines; mais elle ressemble exactement à la racine de Drake figurée par Clusius.

Cette différence est d'ailleurs peu importante, et n'empêche pas que les deux racines puissent être produites par le même *dorstenia*.

4° *Ecorce de sassafras de Guatimala.* Tuyaux roulés, minces, et de la grosseur d'une plume à celle du petit doigt; couleur extérieure d'un gris blanchâtre, et couleur interne grise rougeâtre. La cassure offre ces deux couleurs bien tranchées et à peu près égales; la couche extérieure est blanche et l'intérieure rougeâtre. L'écorce entière possède une forte odeur de sassafras dominée par celle de l'anis, et une saveur semblable. Cette écorce me paraît différer de celle du *laurus sassafras* L. Elle est employée en tisane comme sudorifique et antivénérienne; l'arbre qui la produit croît près des côtes de la mer du Sud.

5° *Bois, feuilles, fruits et résine de gayac.* L'espèce à laquelle appartient cet échantillon est le *guajacum sanctum* L., reconnaissable à ses folioles étroites et mucronées, et à ses fruits semblables à ceux du fusain. La résine est en partie attachée à l'écorce, est en partie sous la forme de larmes détachées, arrondies, presque transparentes et d'un jaune verdâtre. Elle devient d'un vert d'émeraude lorsqu'on la laisse exposée à l'air, écrasée sur un papier. Il y a quelque temps que j'ai rencontré dans le commerce cette même résine, bien facile à distinguer de la résine en masse et impure qu'on y trouve habituellement.

Note de M. Bazire. Ce gayac croît spontanément dans des terrains secs et sablonneux et dans des plaines brûlées par le soleil durant neuf mois de l'année. Il est accompagné d'une grande quantité de divers *cactus*, et entremêlé de bois du Brésil et de beaucoup d'arbres épineux.

6° *Bois de l'agave du Mexique, agave cubensis* Jacq; *maguey* des Mexicains.

Au dire du *Dictionnaire des sciences naturelles* (tome I, p. 293), ce végétal est précieux par la boisson agréable qu'il fournit aux Mexicains, et par l'usage que l'on fait des fibres de sa racine et de son écorce pour la fabrication des toiles et des cordages. Le bois présenté ici n'offre de singulier que l'usage pour lequel il est employé à Guatimala. Ce bois, qui est plutôt une moelle blanche, fibreuse, poreuse, très-légère et flexible sous le doigt, est coupé en tronçons sur lesquels on étend un mélange d'huile et d'oxide ou de carbure de fer, et l'on s'en sert comme de cuir à rasoir. Il est parfaitement propre à cet usage.

Note de M. Bazire. C'est par erreur que l'on confond ici le *maguey* avec l'espèce d'agave qui fournit la boisson

agréable dont font un si grand usage les indigènes du Mexique.

Le *maguey* a des feuilles radicales longues, droites, dentelées d'épines, d'une couleur vert perruche. Ces feuilles servent à faire des cordes et des filets dans lesquels on transporte les produits agricoles et manufacturés. On en fabrique aussi les gros tissus dont sont formés les sacs à café à la Havanne et dans tout le golfe du Mexique; enfin on en retire la matière qui est connue nouvellement à Paris sous la dénomination de *soie végétale*.

Lorsque les feuilles sont parvenues à leur entière croissance, qui est de sept pieds environ, il s'élève de leur centre un jet qui ressemble, à la grosseur près, pour la forme et la rapidité de la crue, à la pousse d'une asperge. Ce jet pousse donc garni de petites protubérances qui, par la suite, se développent et fournissent des ramifications garnies de fleurs d'un jaune pâle, auxquelles succèdent des fruits capsulaires remplis de semences aplaties. Lorsque ce terme est arrivé, la tige, haute de vingt-cinq à trente pieds, se dessèche, et les Indiens la coupent pour en fabriquer de petits ouvrages domestiques. Les créoles s'en servent, ainsi qu'il a été dit, pour repasser les rasoirs. Cet usage est aussi fort répandu dans l'île de Cuba.

L'agavé qui fournit la boisson agréable nommée *pulque* (prononcez *poulqué*) dans le Mexique et à Guatimala, est à-peu-près semblable au *maguey* au premier abord; cependant il en diffère en plusieurs points, car celui-ci ne contient qu'un suc très-amer et extraordinairement astringent, quoique visqueux; tandis que le *pulque*, lorsqu'il est à maturité, c'est-à-dire au bout de trois ans environ, donne un suc blanchâtre comme du petit lait, doux et légèrement mucilagineux. Ce suc fermenté acquiert un piquant agréable semblable à celui du cidre ou de l'hydromel.

A Guatimala, on reçoit des frontières du Mexique une eau-de-vie très-estimée, faite avec le poulqué fermenté. On la nomme *agua ardiente de Comitan*, du nom de la ville de *Comitan* où on la fabrique.

Il y a des endroits dans le Mexique où un champ de 2 arpens de cette plante, lorsqu'il est en plein rapport, donne un revenu égal à celui de 20 ou 30 arpens de la meilleure culture en Europe. La feuille de la plante qui produit le pulque est d'un vert foncé, plus raccourcie, plus large que celle du maguey et d'une épaisseur double.

On obtient le suc en faisant une incision au bourgeon central, d'où devait sortir la hampe florale, de telle sorte que le suc destiné à produire cette tige s'écoule par l'incision et tombe dans une calebasse disposée à cet effet.

7° *Mèche d'amadou.* Cet amadou n'est autre chose que le liber d'un petit arbuste nommé *papepillo*, que M. Bazire compare à une grande ortie. On sépare le liber de l'épiderme noir qui le recouvre, et on en forme de longues mèches qu'il suffit d'approcher par un des bouts, préalablement charbonné, du point où le briquet choque la pierre à fusil, pour se procurer du feu. Ces mêmes mèches servent au Mexique et dans la Louisiane à faire des ventouses et des moxas.

8° *Coton.* Les cotons de Guatimala sont roux ou blancs, et plusieurs de ceux-ci ont une finesse et un soyeux qui les rendent comparables à la soie; on en fabrique dans le pays des tissus qui sont égaux en durée à nos meilleures toiles de lin et de chanvre.

Note de M. Bazire. Les cotons et les tissus de coton de Guatimala jouissaient, de temps immémorial, de la plus grande réputation parmi les nations nombreuses qui composaient l'empire du Mexique; avant la conquête des Espagnols, Guatimala, l'ancienne capitale des indigènes et de toutes les provinces environnantes, payait ses tributs à l'empereur en tissus de cotons ouvrés et teints des couleurs les plus brillantes et les plus solides. La fabrication de ces étoffes formait l'occupation principale des indigènes de ces temps-là. On conserve à Guatimala, un vieux manuscrit du temps d'Alvarado qui fait mention de ces particularités.

9° *Guaco, mikania guaco* Wild. Cette plante est employée comme sudorifique et contre la morsure des serpens, par tous les Indiens du Mexique, de Guatimala et de la Côte ferme. A la Havane et à Campêche on s'en est même servi avec succès dans le traitement du choléra.

10° *Pignon d'Inde* ou *graine de médicinier*. Semence purgative du *jatropha curcas*. On l'emploie au nombre de une ou deux, écrasée dans du lait.

11° *Nacascol.* Ce fruit légumineux, reconnaissable à sa forme recourbée comme la racine de bistorte, est produit par le *cæsalpinia coriaria* W. Son péricarpe est formé d'un épiderme brun, sous lequel on trouve une matière pulpeuse desséchée, jaunâtre, et d'une forte saveur astringente; il est usité pour le tannage. Ces fruits portent chez plusieurs auteurs le nom de *libidibi*, et celui de *woualta-pana* dans la nomenclature synonymique des arbres de la Guadeloupe, faite par M. l'Herminier dont les pharmaciens ont à regretter la perte encore récente.

12° *Baume du Pérou noir liquide.* L'arbre qui produit ce baume croît en abondance sur la côte de *Son Sonaté*, dans l'état de San-Salvador. Le baume en est retiré par incisions et est exporté au Pérou, d'où il nous arrive ensuite par la route du cap Horn. Ce n'est pas qu'on puisse affirmer que le Pérou n'en produise pas de semblable; mais deux voyageurs qui ont parcouru la Paz, pour y chercher le quinquina, n'y ont rien vu de semblable au baume du Pérou ni au fruit de l'arbre que je leur présentais; de sorte qu'on peut dire au moins que la plus grande partie du Baume du Pérou vient de l'état de San-Salvador. Rien n'empêchera qu'il ne nous parvienne à l'avenir d'une manière beaucoup plus directe.

M. Bazire a joint au baume de San-Salvador deux fruits de l'arbre qui le produit, et ce fruit montre que cet arbre est différent de ceux qui ont été décrits jusqu'ici. Il n'existe que deux fruits connus de *myrospermum* : l'un est le fruit du *myrospermum frutescens* de Jacquin, qui est long de dix-huit lignes à deux pouces, et formé d'une aile membraneuse réticulée, offrant à l'extrémité une semence peu volumineuse et un style persistant; l'autre est le fruit du *myroxylum perniferum* de Lambert (*myroxylum pubescens*, H., K.), qui ne diffère pas du *myroxylon perniferum* L., ou M. *pedicellatum* de Lamark. Ce fruit, pourvu comme le précédent d'une aile membraneuse, est long de trois à quatre pouces, ou plus, renferme une semence ovale plus volumineuse, et n'offre qu'une pointe imperceptible à la place du style. Quant au fruit du *myrospermum* de Guatimala, il est long de quinze à dix-huit lignes, ovoïde, presque entièrement rempli par deux semences vo-

lumineuses, aminci de chaque côté en deux tranchans à-peu-près égaux, mais dépourvu de l'aile samaroïde, qui distingue les deux premiers. Remarquons enfin que le baume liquide de San-Salvador, tout-à-fait semblable par son âcreté et son amertume au baume du Pérou liquide du commerce, diffère de cet autre baume du Pérou demi-liquide et grumeleux, d'une saveur douce et parfumée, que l'on trouvait il y a quelques années encore dans le commerce, renfermé dans de petits cocos fermés au moyen d'un mastic résineux, et qui est peut-être le seul produit qui doive véritablement porter le nom de *baume du Pérou*. Cette différence dans les produits, jointe à celle des fruits, fortifie la distinction d'espèce qui doit être faite entre le baumier du Pérou et celui de Guatimala.

13° *Liquidambar de la Vera-Paz.* M. Bazire m'a remis deux échantillons de ce baume; l'un mou, blanc et opaque, est le *liquidambar mou* du commerce; l'autre, inconnu en Europe, paraît provenir du premier entièrement desséché à l'air. M. Bazire ne connaît pas le liquidambar liquide et transparent, nommé *huile de liquidambar*; mais il pense qu'on pourrait l'obtenir du même arbre que le liquidambar mou, si, au lieu de laisser le baume couler sur l'arbre à l'air libre, ce qui l'épaissit et le dessèche en partie, on le recevait immédiatement au sortir de l'incision dans un récipient fermé.

Il est à remarquer que le liquidambar entièrement desséché perd presque toute son odeur, bien différent à cet égard du benjoin, du styrax calamite, et du baume de tolu, qui en conservent une forte et suave. Il acquiert également une amertume qui le rapproche de la résine des pins, et qui le ferait reconnaître, si on le mélangeait au baume de tolu, comme on pourrait être tenté de le faire.

14° *Copal de santo* ou *storaqué, copal des saints* ou *storax*. Cette substance doit son premier nom à ce qu'on l'emploie en fumigations devant l'image des saints, et le second à sa ressemblance d'aspect avec le storax ou le benjoin commun. Elle est sous la forme d'une boule façonnée avec les mains, brune, luisante, vernissée et comme larmeuse à sa surface, à cause des débris d'écorce qui paraissent à travers la couche extérieure de résine. Elle possède une odeur et une saveur de résine de pin, sans cependant en offrir l'amertume. Il me paraît probable que cette matière purement résineuse et non balsamique provient d'un arbre de la famille des térébinthacées, et je suis porté à croire que cet arbre est celui dont M. Bazire a rapporté les feuilles et le fruit sous la dénomination de *feuilles de copal*. Ces feuilles offrent quatre paires de folioles sessiles, ovales, grossièrement dentées sur les bords; elles sont légèrement pubescentes sur la face supérieure et cotonneuses en dessous; le pétiole est nu entre l'articulation inférieure et la première paire de folioles, et entre cette première paire et la seconde; mais il est ailé à partir de cette seconde paire et se termine par une aile ou foliole impaire. Le fruit est un drupe presque sec, pubescent comme toute la plante, gros comme un gros pois, devant être presque rond à l'état récent, mais inégalement déprimé par la dessication. Ce fruit contient un noyau osseux, latéral, adhérent d'un côté avec l'enveloppe extérieure: de l'autre il offre des angles prolongés qui vont rejoindre également l'enveloppe du fruit, en laissant entre elles des cellules que l'on prendrait pour des loges seminifères, si on n'y trouvait aucune semence, et si on n'apercevait les véritables loges, au nombre de trois ou quatre, au centre du noyau osseux. Chaque loge est monosperme et contient une amande longue, linéaire, blanche et huileuse.

Tous ces caractères réunis montrent évidemment que la plante est un sumach voisin du *rhus copallina*; et voilà sans doute pourquoi on a dit et répété partout que la résine copal était produite au Mexique par le *rhus copallina* L.; mais la résine de cet arbre est tout-à-fait différente du copal du commerce, qui provient, à n'en pas douter, d'un *hymenœa*, et probablement de l'*hymenœa verrucosa*.

15° *Autre résine copal* ou *ambre blanc*, *Ambar blanco de arbol cilicuoso*. Cette substance est de la résine *animé*, produite par un courbaril. Elle est en petites larmes arrondies, dont plusieurs sont encore molles, flexibles et un peu élastiques; mais elle est généralement cassante, vitreuse et transparente à l'intérieur, et recouverte extérieurement d'une croûte blanche, opaque et friable.

16° *Autres résines d'arbres térébinthacés.* Les *icica* et les *amyris* résineux qui croissent en Amérique, dans les Indes et dans le grand archipel des Moluques et des Philippines, sont si nombreux, qu'il est souvent fort difficile de désigner l'espèce qui produit telle résine donnée, par exemple, si l'on veut, la plus usitée de toutes, la résine *élémi*. Il n'est donc pas étonnant que je ne puisse indiquer plus exactement l'origine de trois résines rapportées par M. Bazire. Notre ignorance à cet égard ne cessera que lorsqu'on récoltera à la fois la résine, la feuille et le fruit de chaque amyridée. Tout ce que je puis dire aujourd'hui, c'est que trois des résines rapportées par M. Bazire se rapportent évidemment à ce genre d'arbres.

La première, qu'il nomme *tecomajaca*, est une résine jaunâtre, assez sèche et friable comme le galipot, dont elle offre toute l'apparence; si ce n'est qu'elle est recouverte d'une croûte mince, opaque, blanche ou noire comme du plâtre noirci. Cette résine ressemble par ce dernier caractère à celle que j'ai décrite dans l'*Histoire des drogues* (n°. 857 de la 2e. édit.), sous le nom de *tacamaque jaune terreuse*; mais elle en diffère par son odeur peu agréable, et presque semblable à celle du galipot. Est-ce donc là la tacamaque si vantée du Mexique? et est-ce le produit de l'*amyris tecomaca* D. C.?

La deuxième résine que M. Bazire désigne sous le nom de *sandaraque* est en larmes détachées, très-irrégulières, jaunâtres, translucides dans leur état de pureté, mais souvent rendues grises et opaques par les matières qui les salissent. Cette résine a une odeur très-forte et cependant suave, analogue à celle de l'élémi des Philippines, et une saveur douce et parfumée. Elle se rapproche aussi beaucoup par sa nature de la résine que j'ai décrite sous le nom de *tacamaque jaune huileuse* (*Hist. drog.* n°. 856 A.).

La troisième résine, d'un jaune très-pâle, se trouve attachée à une écorce d'arbre d'un gris blanchâtre. Cette résine est remarquable par son odeur douce et suave, et par sa saveur parfumée presque semblable à celle du baume de tolu. Quelques fruits fort petits qui s'y trouvent joints, et qui sont ceux d'un *amyris*, ne laissent aucun doute sur le genre de l'arbre qui la produit.

17° Aux résines précédentes s'en trouvent jointes deux autres dont les botanistes pourront fixer l'espèce, en raison du caractère bien remarquable des écorces qui s'y trouvent jointes. Ces écorces sont recouvertes d'un épiderme mince et foliacé qui a la couleur du cuivre, et qui a valu aux deux arbres le nom de *palo jioté* (quhloté) ou *Indien nud*. Il y en a deux espèces : l'une a les feuilles ovales lancéolées, larges de quatorze lignes, longues de vingt-six à trente; l'épiderme est d'un rouge pâle, adhérent, marqué de points tuberculeux blancs; il recouvre immédiatement une première couche *verte* qui le sépare des couches intérieures rougeâtres. La résine jointe à ces écorces est en larmes détachées, jaunâtres ou blanchâtres, assez semblables pour la forme à la sandaraque et d'une forte odeur d'essence de térébenthine.

L'autre écorce a l'épiderme plus mince, plus foliacé et facile à séparer du liber. Cet épiderme est aussi d'un rouge plus foncé et offre des tubercules blancs *linéaires*, disposés transversalement. Les feuilles sont obovées, faiblement échancrées au bout, longues de sept lignes seulement et larges de cinq. La résine est mollasse, brune-noirâtre, amère, d'une odeur onguentacée particulière; non désagréable.

18° *Résine laque de Guatimala*. Cette résine est en larmes détachées, de la grosseur d'un petit pois, sphériques, sauf la partie qui tenait à la branche de l'arbre et qui en offre l'empreinte concave et cylindrique. Assez souvent deux ou trois larmes se trouvent accolées et soudées; mais plus souvent encore chaque petite larme globuleuse est isolée.

Chaque larme, considérée en elle-même, forme constamment une sphère creuse, dont un certain nombre, plus petites et closes, contiennent les débris d'un insecte, et un nombre considérable de petites larves desséchées, longues au plus d'un huitième de ligne, et sous la forme d'une poussière noirâtre; mais le plus grand nombre des cellules se trouvent percées d'un trou et vides, par la sortie des insectes qui les ont abandonnées. Ces circonstances, tout-à-fait semblables à celles qui signalent l'existence du *coccus* de la laque de l'Inde, nous indiquent que nous avons sous les yeux une substance de même nature : aussi l'emploie-t-on aux mêmes usages.

Cette laque de Guatimala se trouvait dans le droguier de l'école de Pharmacie, partie dans son état naturel, partie fondue et sous la forme de bâtons longs de cinq à six pouces épais de deux à trois lignes, et réunis plusieurs ensemble en bottes maintenues à l'aide d'une écorce fibreuse. Le lieu de son origine se trouve maintenant connu, mais il reste encore à déterminer l'arbre sur lequel elle se trouve et l'insecte qui la produit.

Cette laque est moins rouge que celle de l'Inde, et, lorsqu'elle a été fondue, elle a une teinte noirâtre peu agréable. Elle exhale, étant chaude, une odeur analogue à celle de la laque de l'Inde, et brûle de même avec une belle flamme blanche. La chaleur lui communique en outre une élasticité qui la rapproche du caoutchouc; enfin elle offre dans sa saveur un goût marqué d'acide succinique. Son examen chimique offrirait sans doute des résultats intéressans.

19° *Gomme de nopal*. Cette substance exsude en très-grande abondance des *cactus* qui portent la cochenille, et il est bien à regretter pour le pays que son insolubilité dans l'eau la rende impropre à tous les usages.

Elle est sous la forme de concrétions vermiculées ou mamelonnées, d'un blanc jaunâtre ou rougeâtre, translucides ou demi-opaques, d'une saveur fade accompagnée d'un peu d'âcreté : elle crie sous la dent.

Mise à tremper dans l'eau, cette gomme se gonfle, blanchit, mais n'acquiert aucun liant; quelques portions détachées par le frottement nagent divisées dans la liqueur; la presque totalité forme une masse résistante non mucilagineuse, que la pression sépare en parties non liées, qui prennent en se desséchant sous les doigts un aspect farineux; l'iode la colore superficiellement et faiblement en bleu noirâtre.

Cette gomme ressemble à la *gomme de sassa* et à la *gomme de bassora*, mais elle diffère certainement de l'une et de l'autre. Divisée par l'eau et examinée au microscope, elle se présente sous la forme d'une substance gélatineuse, plissée, à bords finis, d'une épaisseur et d'une consistance bien marquées.

En ajoutant à la liqueur de la dissolution d'iode, la substance gélatineuse principale ne paraît pas se colorer, mais on y découvre alors des fragmens de membrane et des fibres ligneuses colorés en jaune; on y observe une grande quantité de points colorés en bleu-noir, opaques, très-petits, devant être de l'amidon; on y voit des espèces de sacs ovoïdes alongés, contenant une grappe longue et dense des mêmes grains noirs; enfin, que la liqueur soit ou ne soit pas additionnée d'iode, la substance gélatineuse offre constamment, et disséminés à distance, des groupes rayonnés de cristaux bien finis, terminés par des biseaux aigus. Ces cristaux *ne disparaissent pas par l'addition d'une forte dose d'acide nitrique*, et on est tenté de les supposer de nature siliceuse. D'après cela, on pourrait les croire dus à des particules terrestres que l'air aurait déposées sur la gomme encore molle et fluante; mais la forme constante des cristaux et leur disposition invariable en groupes rayonnés doivent plutôt les faire considérer comme une production du nopal. Dans tous les cas, ces cristaux caractérisent la gomme nopal et serviront toujours à la faire reconnaître.

Nota. Depuis que cette notice a été livrée à l'impression, j'ai trouvé que les cristaux dont il est ici question ont été parfaitement décrits et figurés par M. Turpin, dans les *Annales des sciences naturelles*, tome XX, page 26, Pl I. M. Turpin les a observés dans le tissu cellulaire *cereus peruvianus*, et M. Chevreul a reconnu qu'ils étaient formés *d'oxalate de chaux*. J'avais bien pensé aussi que telle pouvait être leur nature; mais leur insolubilité dans l'acide nitrique m'avait détourné de cette opinion. Il n'est pas au reste difficile de concevoir que l'oxalate de chaux cristallisé résiste beaucoup mieux à l'action dissolvante de l'acide nitrique que l'oxalate précipité que nous formons dans nos laboratoires. G. G.

—

OBSERVATIONS

Sur le cyanure de potassium considéré comme médicament; par FÉLIX BOUDET.

Le cyanure de potassium est regardé, depuis quelques années, comme un véritable spécifique pour calmer les névralgies. Soit qu'on l'applique à l'extérieur, soit qu'on l'administre à l'intérieur, la dose prescrite est toujours très-faible, et il est de la plus haute importance que sa composition, et partant son énergie, soit toujours la même, car ses moindres variations pourraient entraîner les plus graves conséquences pour les malades.

Il suffit, pour en donner une idée, de rappeler les observations que M. le docteur Trouvé, professeur à l'école secondaire de médecine de Caen, a communiquées à M. Orfila, et qui ont été publiées dans le journal de chimie médicale.

On peut juger par cet exemple combien est grande la différence d'action qui peut exister entre du cyanure de potassium humide et anciennement préparé, et du cyanure sec et récent, et à quels dangers cette différence peut exposer.

Si l'on ajoute à l'observation du docteur Trouvé toutes les causes qui peuvent, soit pendant, soit après sa préparation, modifier la composition du cyanure de potassium, et cela toujours aux dépens de son efficacité, on sentira combien la préparation et l'emploi de ce médicament méritent une attention sérieuse.

On sait en effet, par les expériences de MM. Pelouse et Geiger, qu'une dissolution concentrée de cyanure de potassium, soumise à l'ébullition à l'abri du contact de l'air se décompose par le seul fait de l'élévation de température, de telle manière qu'une proportion de cyanure, agissant sur 4 proportions d'eau, donne naissance à une proportion d'ammoniaque qui se dégage et à une proportion de formiate de potasse.

La même dissolution évaporée à l'air libre donne naissance à un dégagement lent, mais continu d'acide hydrocyanique, et il se produit des carbonates de potasse et d'ammoniaque, du formiate de potasse, une petite quantité d'hydrocyanate d'ammoniaque, etc., tous produits qui n'ont aucun rapport de propriété avec le cyanure de potassium lui-même.

D'ailleurs, à l'état solide, le même cyanure conservé dans un flacon mal bouché, ou souvent débouché, se transforme en acide hydrocyanique qui se dégage, et en carbonate de potasse qui se produit aux dépens de l'acide carbonique de l'air. Cette transformation s'opère surtout avec rapidité, lorsque le sel est humide.

Cela posé, si l'on se reporte au mode ordinaire de préparation du cyanure de potassium employé en médecine, et qui consiste à dissoudre et évaporer à siccité le produit de la calcination du cyanure jaune de potassium et de fer, on voit que, pendant cette opération, une certaine proportion de cyanure doit être complétement dénaturée, que cette proportion doit varier avec la rapidité de l'évaporation, la température employée, la quantité sur laquelle on opère, et qu'en un mot on ne peut jamais obtenir un produit pur, ni absolument indentique avec celui des opérations précédentes. De là résulte qu'en faisant usage du cyanure ainsi préparé, on est toujours exposé plus ou moins à de graves inconveniens.

Supposons, en effet, qu'un médecin, après avoir prescrit à son malade un grain de cyanure de potassium, sans obtenir le résultat qu'il désire, en élève successivement la dose à 2, 3 et même 4 grains; si le cyanure est humide et altéré, ces 4 grains peuvent équivaloir seulement à 2 grains de cyanure réel, et ne produire qu'un effet salutaire; mais si, après avoir ainsi fait usage de cyanure humide et altéré, le même malade vient à employer la même dose de cyanure sec et pur, ce simple changement, qui peut dépendre de plusieurs circonstances que chacun imaginera sans peine, double la force du médicament, et peut causer les accidens les plus funestes.

Il existe cependant un moyen de se mettre à l'abri de ces dangers, et ce moyen fort simple consiste à ne plus admettre dorénavant, pour l'usage médical, que du cyanure de potassium fondu.

Lorsque l'on casse la cornue, dans laquelle on a calciné le cyanure de potassium et de fer, on y trouve une masse formée de cyanure de potassium et de quadri-carbure de fer. Si l'on brise cette masse avec précaution, on peut, ainsi que l'a observé M. Robiquet, en séparer une certaine quantité de cyanure de potassium fondu, en fragmens blancs, compacts, d'une *pureté parfaite* et qui peut être immédiatement appliqué à l'usage médical. C'est ce cyanure ainsi obtenu, et ne présentant qu'une surface bornée à l'action de l'air qui devrait être réservé exclusivement pour l'usage médical, car c'est le seul qui puisse être administré avec une véritable sécurité; mais sous cette forme aussi, l'énergie de ses propriétés qui sont dans toute leur plénitude, réclame, de la part des médecins qui en prescrivent l'emploi, la plus sévère attention et la prudence la plus scrupuleuse.

NOTE

Sur quelques bleus de cobalt; par M. GAUDIN, pharmacien.

Montami, dans la préparation de son bleu, prenait une dissolution d'arséniate de cobalt dans l'acide nitrique qu'il mêlait avec du chlorure de sodium. Il faisait évaporer cette dissolution presqu'à siccité, de manière à ne pas chasser entièrement tout l'acide; il obtenait, de cette manière, une matière bleue qu'il exposait à l'air, et qui, ent attirant l'humidité, devenait rouge, et soluble dans l'eau. Au bout de quelques jours, il remettait la matière sur des cendres chaudes, afin de dissiper l'excès d'acide, la remettait de nouveau à l'air et répétait ces expériences un plus ou moins grand nombre de fois, jusqu'à ce que la matière ne fût plus sus-

ceptible de rougir à l'air et de colorer l'eau en rose. Dans cette expérience, l'acide arsénique se portait donc sur l'oxide de sodium, au fur et à mesure qu'il abandonnait l'acide nitro-muriatique ; et l'oxide de cobalt devenu libre se transformait en acide cobaltique pour se combiner avec la soude : pour que ce dernier se développât dans toute son intensité, il fallait faire rougir la matière après l'avoir lavée avec les précautions indiquées. On parvient de suite au même résultat en prenant de l'oxide noir de cobalt et le combinant avec de l'arséniate de soude, ou de l'arséniate de cobalt et de l'oxide de sodium.

Quel que soit le procédé qu'on emploie pour faire ce bleu, il attire l'humidité et perd sa couleur : on la lui rend en le chauffant de nouveau. Une petite quantité de fer n'empêche pas la manifestation de la couleur bleue.

Lorsque M. Thenard cherchait le bleu auquel il a donné son nom, il mettait du phosphate de cobalt en contact avec de l'oxide de potassium ou de sodium, et il obtenait un bleu vif. La preuve qu'il y avait changement de base, c'est que, lorsqu'il mettait trop d'alcali, il dépassait la limite dans laquelle l'acide cobaltique prenait naissance et qu'il obtenait du noir : quand il a mis du phosphate de cobalt en gelée avec de l'alumine en gelée, il s'est encore fait une décomposition, et l'alumine, au lieu de jouer le rôle d'acide, comme on l'a cru jusqu'à présent, a véritablement joué le rôle de base.

Lorsqu'on combine l'oxide de cobalt avec du silicate pour obtenir les bleus au grand feu, il arrive souvent qu'avec les mêmes oxides on obtient tantôt un beau bleu foncé, tantôt un bleu moiré, tantôt un bleu tacheté, tantôt un bleu de vilaine couleur. Il serait important de rechercher les moyens d'obtenir ces bleus identiques ; on attribue souvent la cause de ces défauts au fer, mais c'est à tort ; ils ne proviennent sûrement que de ce que l'on dépasse la limite nécessaire à la manifestation de la couleur bleue, soit pour la durée de la chaleur, soit pour son intensité, limite au delà de laquelle il s'opère des réactions chimiques différentes. Il ne faut pas perdre de vue que l'acide cobaltique n'est développé, dans toute son intensité, que dans des circonstances dont il faut se rendre maître autant que possible. Je crois que, quand l'oxide de cobalt est pur, la force de la chaleur porte quelquefois l'oxigène au delà de sa sphère d'attraction pour le cobalt et en revivifie une petit partie.

Préparation de quelques bleus.

Prenez le précipité de borate de cobalt qui se forme en versant une dissolution neutre d'un sel de cobalt dans du borate de soude, ou bien, *vice versâ* ; lavez légèrement le précipité et calcinez-le légèrement aussi. Mêlez une partie de ce borate de cobalt avec une partie ou deux de phosphate de soude fondu, et chauffez le mélange jusqu'au rouge dans un creuset. On peut remplacer le borate de cobalt par le phosphate de même base, et on obtient encore un beau bleu. Le phosphate de soude peut être remplacé par un arséniate de même base.

On peut préparer un borate de cobalt de la manière suivante : versez un excès de borate de soude dans une dissolution d'un sel de cobalt, et ajoutez une dissolution de sous-carbonate de potasse ou de soude tant qu'il se formera un précipité. Lavez, filtrez, et calcinez légèrement.

Autre bleu. Prenez douze parties de phosphate de cobalt légèrement calciné, douze parties de phosphate de soude fondu, deux parties de borax fondu, quatre parties d'alumine calcinée ; on peut ajouter, si l'on veut, trois parties de sous-carbonate de soude calciné. Broyez intimement le tout sur un porphyre et faites rougir le mélange dans un creuset. On obtient, par ce procédé, un très-beau bleu.

Si, au lieu de cobalt, on se servait de cuivre, je crois qu'on obtiendrait de belles couleurs vertes.

VARIÉTÉS,

Liniment iodé. — Lorsqu'on mêle de la teinture d'iode à une proportion convenable de liniment savonneux, le mélange, qui est d'abord d'une couleur brune, riche et foncée, perd insensiblement sa teinte et n'offre plus, au bout de vingt-quatre heures, que la nuance du liniment savonneux. On peut attribuer ce changement à la réaction de l'iode sur la soude du savon, et à la formation de l'hydriodate de soude. Il est donc convenable de ne préparer jamais ce médicament qu'en petites proportions et au moment de l'appliquer. (*Journal of the Phil : Coll. of Phy.*, january 1834.)

La décoloration indiquée dans cette note se produit de même et aussi promptement dans le simple mélange d'huile et de teinture d'iode. Ces faits, parfaitement connus et expliqués en chimie, ont besoin d'être mentionnés, afin que le médecin en tienne compte, et qu'il évite des inquiétudes au malade et des désagrémens au pharmacien. P. B.

Cristaux dans l'extrait de jusquiame noire. — On sait que beaucoup d'extraits présentent dans leur intérieur, et particulièrement à leur surface, de petits cristaux fort bien définis ; c'est ce qui a lieu pour l'extrait de jusquiame noire : selon M. Recluz, ces cristaux sont de deux sortes, du nitrate de potasse ou du chlorure de sodium : ceux qui ont motivé cette note étaient formés de *nitrate de soude.* La formation spontanée de ces cristaux dans les différens extraits mérite attention (1) ; car la plupart du temps, et dans ce cas en particulier, on les trouve formés de principes qu'on ne peut découvrir dans la plante qui les a fournis. (*Journal of the Phil. : Coll. of Phys.*; january 1834.) P. B.

Emplâtres émétisés. — On prépare communément ces emplâtres en étendant le tartre émétique sur une surface de poix de Bourgogne : la quantité d'émétique qui s'y attache

(1) La plupart des extraits et surtout ceux qui contiennent des matières azotées, abandonnés à eux-mêmes, sont susceptibles de donner naissance à des nitrates qui s'y forment spontanément. Je l'ai établi pour l'extrait de bourrache, etc. P.-F.-G. B.

ne suffit pas toujours pour produire un effet convenable ; mais elle s'oppose complétement à l'adhérence de l'emplâtre..... La meilleure méthode de préparer ce topique si utile, est d'incorporer le tartre émétique à une masse emplastique convenablement adhésive dans la proportion de trois gros par once. (*Journal of the Philad. : Coll., of Phy.*, january 1834.)

Cette méthode, qui est calquée sur celle des emplâtres cantharidés par incorporation, nous semble offrir de véritables avantages, soit pour éviter la perte d'adhérence de l'emplâtre, soit pour rendre ses effets plus constans et plus faciles à régler. P. B.

NOUVELLES DES SCIENCES.

Sur l'huile de cannelle. Par MM. DUMAS et PÉLIGOT.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, le 11 août 1834.)

Ne pouvant compter sur la pureté des huiles que fournit le commerce, les auteurs ont préparé eux-mêmes l'huile sur laquelle ils ont opéré, et lui ont trouvé une composition qui peut être représentée par la formule suivante :

$$C^{36}\ H^{16}\ O^{2}.$$

L'oxigène gazeux est rapidement absorbé par l'huile de cannelle, surtout quand elle est humide, il se forme ainsi un acide particulier que les auteurs appellent *acide cinnamique*. C'est le même acide qui prend naissance dans l'huile ancienne et dans les eaux distillées de cannelle.

La composition de cet acide donne pour formule :

$$C^{36}\ H^{16}\ O^{4}.$$
$$C^{36}\ H^{14}\ O^{3}.$$

Lorsqu'il est cristallisé, et lorsqu'il est anhydre comme dans la cinnamate d'argent desséché :

En comparant ces formules à celles de l'huile de cannelle, on voit de suite que l'acide prend naissance par une simple oxidation.

L'acide cinnamique ressemble beaucoup à l'acide benzoïque : mais ce qui le distingue surtout de ce dernier acide, c'est qu'il est attaqué par l'acide nitrique.

L'huile de cannelle se concrète à l'instant à froid au contact de l'acide nitrique concentré, et forme un nitrate cristallisé dans lequel l'huile joue le rôle de base. Ce nitrate a pour formule :

$$C^{36}\ H^{16}\ O^{2},\ Az^{2}\ O^{5}\ H^{2}\ O.$$

L'huile de cannelle se combine aussi avec le gaz ammoniac : elle donne naissance à un produit solide, cristallisable dans l'éther, susceptible de se réduire en poudre, et dont la composition est représentée par la formule :

$$C^{36}\ H^{16}\ O^{2},\ Az^{2}\ H^{6}.$$

L'huile de cannelle absorbe le gaz hydrochlorique, et forme avec lui un composé défini, dont la formule est :

$$C^{36}\ H^{16}\ O^{2},\ Ch^{2}\ H^{2}.$$

Soit qu'on chauffe l'huile de cannelle avec l'acide nitrique, soit qu'on la fasse bouillir avec du chlorure de chaux, on obtient une grande quantité d'acide benzoïque.

L'action du chlore sec sur cette huile est assez compliquée ; il paraît se produire d'abord un composé correspondant au chlorure de benzoïle ; mais ce composé n'a qu'une existence passagère, et est remplacé plus tard par un produit cristallisable en longues aiguilles blanches, et tout-à-fait volatil, auquel les auteurs ont donné le nom de *chlorocimore*.

Ce corps, qui ne prend naissance que lorsque l'action du chlore a été épuisée sur l'huile de cannelle, se représente par la formule $C^{36}\ H^{8}\ Ch^{8}\ O^{2}$, qui établit son analogie avec le chloral : il offre d'ailleurs une nouvelle occasion de vérifier l'exactitude de la théorie des substitutions établie dernièrement par M. Dumas, car il conserve tous les éléments de l'huile de cannelle, sauf huit atomes d'hydrogène qui sont remplacés par huit atomes de chlore comme l'indiquait la théorie.

MM. Dumas et Péligot, en terminant ce mémoire, dont nous ne présentons qu'un aperçu, donnent l'analyse de l'acide hyppurique, qui est représenté par la formule $C^{36}\ H^{18}\ Az^{2}\ O^{6}$ pour l'acide hydraté, et $C^{36}\ H^{16}\ Az^{2}\ O^{5}$ pour l'acide anhydre, d'après l'analyse de l'hyppurate d'argent.

Ils donnent aussi la composition de l'acide sébacique ou sébique, que divers auteurs avaient confondu avec l'acide benzoïque : cette composition se représente par

$C^{20}\ H^{18}\ O^{4}$ pour l'acide sublimé

et

$C^{20}\ H^{16}\ O^{3}$ pour l'acide anhydre.

Ce qui fait rentrer cet acide dans la classe des acides gras volatils. F. B.

Note sur un nouvel alcool ; par MM. DUMAS et PÉLIGOT.

(Séance de l'Académie des sciences, du 25 août.)

Ce nouvel alcool n'est autre chose que l'esprit de bois, liquide spiritueux, que l'on obtient par la distillation des produits pyrogénés du bois ; il a pour formule :

$$C^{4}\ H^{4},\ H^{4}\ O^{2}.$$

Cette formule correspond à 4 vol. de sa vapeur qui pèse 1, 11, l'esprit de bois contient donc moitié moins d'hydrogène carboné et autant d'eau que l'alcool ordinaire.

Traité par quatre fois son poids d'acide sulfurique, il fournit un gaz éthéré, soluble dans l'eau, qui a pour formule $C^4 H^4 H^2 O$, correspondant à 2 vol. de sa vapeur, c'est l'éther sulfurique du nouvel alcool. Il offre cette particularité curieuse, qu'il a la même composition que l'alcool ordinaire.

L'esprit de bois traité par l'acide sulfurique et le sel marin fournit un nouvel éther hydrochlorique très-volatil. Par l'iode et le phosphore un nouvel éther hydriodique qui a pour formule :

$$C^4 H^4, I^2 H^2.$$

Par le nitrate de potasse et l'acide sulfurique, il donne naissance à un éther nitreux, plus lourd que l'eau, et remarquable en ce qu'il détonne par une légère chaleur.

Traité par l'acide oxalique et l'acide sulfurique, l'esprit de bois fournit un composé cristallisable en belles lames, qui est le nouvel éther oxalique, et qui a pour formule :

$$C^4 O^3, C^4 H^4, H^2 O.$$

Les auteurs ont encore formé des éthers liquides, analogues aux éthers acétique, benzoïque, chloroxicarbonique, etc. Avec l'acide sulfurique, l'esprit de bois et la baryte, ils ont obtenu un sel correspondant au sulfovinate de baryte de l'alcool, cristallisable en tables carrées. En distillant ce sulfovinate, ils ont recueilli une huile semblable au sulfate neutre d'hydrogène carboné de Sérullas.

Parmi les nouveaux corps produits par MM. Dumas et Péligot, beaucoup présentent les cas d'isomérie les plus singuliers : aucune substance organique ne produit d'ailleurs, selon eux, des combinaisons plus nettes et des phénomènes plus tranchés que l'esprit de bois. F. B.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

De la Séance de la Société de Pharmacie, 6 août 1834.

PRÉSIDENCE DE M. CHEREAU.

La correspondance comprend : une lettre de M. Hubert, par laquelle il annonce qu'une caisse d'objets de matière médicale, adressée à la société par M. Durand de Philadelphie, a été retenue à la douane. La lettre de M. Hubert est renvoyée à l'école de pharmacie.

Un mémoire de M. Latour de Tric, sur le sirop et l'huile verte d'asperges.

Un autre mémoire sur le sirop d'asperges, par M. Vivie, pharmacien à St-Barthélemy.

Ces deux mémoires sont renvoyés aux rédacteurs du Journal de Pharmacie.

Un mémoire de M. Regimbault de Montpellier, sur l'asparagine. — M. Félix Boudet est chargé d'examiner ce mémoire.

Les numéros de mai et juin des Annales de l'Auvergne, renvoyés à M. Boudet père.

Deux numéros des Annales des Mines renvoyés à M. Soubeiran.

M. Pelouse communique l'extrait d'une lettre de M. Liebig, dans laquelle ce chimiste lui annonce, qu'en faisant réagir l'oxide de carbone sur le potassium il a obtenu une substance particulière très-remarquable.

Cette substance décompose l'eau avec dégagement de gaz hydrogène, s'y dissout et sa dissolution laisse déposer successivement de l'oxalate de potasse et un autre sel d'un beau jaune, qui n'est autre chose que du croconate de potasse.

M. Liébig considère le sel qu'il obtient, en faisant réagir le potassium sur l'oxide de carbone, comme étant formé de potassium uni au radical des acides oxalique et carbonique, et lui attribue la formule suivante : $2\ Ka\ C^7\ O^7$.

Un atome de ce sel décompose deux atomes d'eau, et la réaction qui s'opère peut être représentée par la formule : $4\ H + Ka\ O\ C^2\ O^3 + Ka\ O\ C^5\ O^4$.

$Ka\ O\ C^5\ O^4 =$ un atome de croconate de potasse.

M. Soubeiran lit, au nom de MM. Lodibert, Bussy et au sien propre, un rapport très-favorable sur un mémoire de M. Poggiale, ayant pour objet l'examen des quatre matières cristallines annoncées dans la salsepareille. Les conclusions du rapport sont adoptées et, sur la demande du rapporteur, la Société vote l'insertion du mémoire dans le bulletin de ses travaux.

M. Vallet lit un rapport sur un mémoire de M. Herberger, ayant pour objet l'examen chimique du lichen des murailles. Sur ses conclusions, la Société vote des remercîmens à l'auteur, et l'insertion du rapport dans le bulletin de ses travaux.

M. Dubail lit un rapport très-favorable sur un mémoire dans lequel M. Langlois a présenté une étude approfondie de l'iodure d'amidon. Le mémoire et le rapport sont renvoyés aux rédacteurs du Journal de Pharmacie.

M. Robiquet lit des réflexions sur un mémoire de M. Dumas, intitulé : Considérations générales sur la composision théorique des matières organiques. (Journ. de Pharm. mai 1834.)

M. Chevallier lit, au nom de M. Boullay et au sien, un rapport d'admission sur M. Cottereau.

M. Cottereau est admis comme associé libre de la Société de Pharmacie.

M. Pelouse lit un rapport très-favorable sur M. Malaguti, qui est admis à l'unanimité comme membre résidant de la Société.

La question proposée en 1833, pour sujet de prix, n'ayant pas été résolue dans le délai fixé, la Société procède à la nomination d'une commission de cinq membres pour la rédaction d'un nouveau programme de prix.

Cette commission est composée de MM. Soubeiran, Bussy, Henry, Guibourt et Félix Boudet, auxquels seront associés MM. Chereau, Robiquet et Pelouse, en qualité de membres du bureau.

M. Soubeiran propose M. Poggiale, docteur en médecine,

pharmacien aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce, comme associé libre de la société.

M. Lodibert est nommé rapporteur.

M. Cap soumet à la Société la proposition suivante :

Je propose qu'il y ait, tous les deux ans au moins, une séance publique de la Société de pharmacie, et que, dans cette séance indépendamment des autres lectures, il soit toujours fait un rapport sur les nouveaux progrès de l'art pharmaceutique et les découvertes scientifiques récentes qui peuvent s'y rattacher.

Ce rapport serait confié de droit à M. le secrétaire général; mais celui-ci pourrait le déléguer soit à M. le secrétaire adjoint, soit à tout autre membre qui consentirait à s'en charger.

Cette proposition sera discutée dans la prochaine séance.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

SEPTEMBRE 1834.

OBSERVATIONS CHIMIQUES

Sur les calculs urinaires et biliaires.

M. le docteur Loir, ancien interne des hôpitaux civils, et membre de la Société des sciences physiques et chimiques de Paris, dans une dissertation qu'il a publiée sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie, a exposé le résultat des observations qu'il a faites sur trente-cinq calculs urinaires trouvés chez autant de sujets du sexe masculin. Trente de ces calculs étaient dans la vessie; un seul très-remarquable, dans l'urètre, et quatre dans les reins. L'un appartenait à un enfant de cinq ans, et la plupart des autres à des individus qui avaient passé la cinquantaine.

Les *calculs rénaux* étaient placés dans des calices. L'un d'eux déprimé fortement à sa partie moyenne, se trouvait moitié dans le calice, moitié dans le bassinet; les deux extrémités étaient renflées; il pesait 4 gram. 60 cent. Sa surface était parsemée de granulations plus ou moins saillantes. Les trois autres étaient peu volumineux et lisses; réunis, ils ne pesaient que 4 décigr. 2 cent. Tous étaient brunâtres, très-durs, et formés, en grande partie, d'oxalate de chaux avec un peu de phosphate calcaire.

Les *calculs vésicaux* étaient libres dans la vessie, à l'exception d'un seul qui se trouvait dans une poche particulière de cet organe; ils étaient ovales, souvent aplatis; quelques-uns offraient des pointes saillantes et dures: cependant, parmi ces derniers, il y en avait qui ne contenaient pas d'oxalate de chaux. D'autres étaient multiples; on y voyait des facettes plus ou moins nombreuses, quelquefois concaves, parce qu'elles répondaient à une facette convexe existant sur un autre calcul; leur forme était variable, triangulaire, pentagone, hexagone, etc. Le poids du calcul le plus lourd, à l'exception du calcul urétral qui pesait 5 onces 1 gros, était de 2 onces 3 gros 9 grains. Le petit calcul de l'enfant pesait 5 grains; pendant sa vie, il avait donné lieu à des symptômes graves.

Les calculs répandant quelque odeur étaient formés de phosphate ammoniaco-magnésien et contenaient une plus grande proportion de matière animale. Les calculs inodores renfermaient principalement de l'acide urique et de l'oxalate de chaux. Les plus compactes avaient pour base ce sel et l'acide urique.

En général, les calculs d'acide urique étaient d'un *jaune rougeâtre;* ceux d'oxalate calcaire étaient d'un *brun-noirâtre;* ils étaient plus ou moins *blanchâtres*, suivant qu'ils contenaient plus ou moins des autres substances.

Tous ces calculs présentaient un noyau recouvert de couches superposées plus ou moins nombreuses, mais qu'on pouvait rapporter en général à trois couches principales de différentes couleurs, formées elles-mêmes d'autres couches secondaires de même nature. Un de ces calculs offrait au centre une cavité contenant une matière animale, brunâtre, fibrineuse, débris probable d'un caillot de sang qui lui avait servi de noyau. Dans le centre du *calcul urétral*, on voyait un calcul formé d'acide urique, libre dans une petite cavité, et semblable à celui dont Boyer a parlé dans sa pathologie chirurgicale. Dans les autres calculs, le noyau était lié avec les autres couches; il était d'une couleur plus ou moins foncée, d'une grande dureté; les concrétions d'oxalate de chaux étaient blanchâtres à leur centre. La plupart des couches concentriques étaient distinctes les unes des autres, ondulées dans les calculs d'oxalate de chaux; elles se trouvaient confondues dans quelques-uns.

Les *calculs fusibles* offraient dans leur composition du phosphate ammoniaco-magnésien.

Ces divers calculs analysés par le docteur Loir et par M. Boutain, leur ont donné les substances suivantes :

	Nombre de calculs trouvés sur chaque sujet (1).
1° Acide urique seul.	3 1.
Acide urique avec d'autres substances.	1 1 1 1 2.
	1 1 1 1 1.
2° Urate d'ammoniaque seul.	0.
Urate d'ammoniaque combiné.	1 1 1 2 1.

(1) Chaque chiffre indique le nombre de calculs chez chacun des individus. Ainsi le chiffre 3 indique qu'il y avait trois calculs chez un calculeux; et le chiffre 1, qu'un autre n'en avait qu'un, etc.

3° Urate de chaux seul. 0.
Urate de chaux combiné. 1 1.
4° Phosphate ammoniaco-magnésien seul. 0.
Id. Combiné. 1 1 1 1.
5° Phosphate de chaux seul. 0.
Id. Combiné. 1 1 1 3 1 4 3 11.
6° Oxalate de chaux seul. 3 calculs rénaux 1 calcul d'enfant.
Oxalate de chaux. 1 3 1 1 3 11.
7° Carbonate de chaux. 1 calcul urétral. 1 calcul vésical.
8° Oxyde cystique. Oxide xantique. Silice. Fer. } 0.
9° Matière fibrineuse au centre. 1.
10° Mucus. 1 1 2 2 1 1 1 1.
11° Matière colorante jaune. 1 1 1 1 11.
12° Matière animale brune. 3 1 4 3.

A. Couches corticales ayant une composition chimique particulière.

1° Phosph. ammoniaco-magnésien et phosph. calc. 1.
2° Urate d'amm. carb. calc. phosph. ch. phosph. am. magn. 1.
3° Phosph. amm. magn. seul. 2.

B. Couches médianes ayant une composition chimique particulière.

Oxalate calc. et phosph. de chaux en petite quantité. 1.
Acide urique (le noyau est une matière fibrineuse.) 1.

C. Noyau ayant une comp. chimique particulière.

Acide urique seul. 1 1 11. 1 urétral.
Matière animale fibrineuse. 1.

Couches médianes ayant la même composition que la corticale, le noyau étant distinct.

Urate am. carb., calc. phosph. ch. acide ur., ph. amm. magn. 1 calcul urétral.
Oxalate et phosph. de chaux. 11.

Couches médianes ayant la même comp. que le noyau.

Acide urique. 1.
Toutes les couches étant homogènes.

Nombre de calculs sur chaque individu.

Acide urique. 3 1.
Id. et urate amm. mat. col. brune. 2.
Id. id. id. jaune. 1.
Acide urique, ur. calc. mat. col. brune. 1.
Oxalate de chaux et mucus. 1.
Id. et matière brune. 3.
Id. et phosph. de chaux, mucus. 1.
Id. id. et matière colorante. 3 1 1 1 3.

MODES DE COMBINAISON.

Calculs formés par une seule substance.

Acide urique. 3 1.
Oxalate de chaux. 1 3.
L'urate d'amm. ne fut pas trouvé seul.

CALCULS FORMÉS PAR PLUSIEURS SUBSTANCES.

A. Combinaisons binaires.

1° Acide urique et phos. amm. magn. 1 1.
2° Acide urique et ur. amm. 2 1.
3° Ur. amm. et phos. amm. magn. 1.
4° Oxal. et phosph. calc. 3 1.
5° Acide urique, urate calc. 1.

B. Comb. ternaires.

1° Phos. amm. mag. phos calc. acide urique. 1.
2° Acide ur., oxal et phosph. calc. 11.

C. Comb. quintenaires.

Acide ur. urat. amm. phos. calc. phos. amm. magn. carb. de chaux, *calcul urétral.*

D. Comb. sexennaires.

Acide ur. ox. calc. phosp. cal. ur. amm. cal. phosph. am. magnésien. . . . . 1 seul calcul vésical.

Observation. Un calcul, plus volumineux qu'un œuf de poule, était placé dans un vaste kyste à parois épaisses, résistantes, de nature fibro-celluleuse. Ce calcul pesait frais 5 onces 1 gros; desséché, ce poids se réduisit à 5 onces 12 grains : sa surface était lisse, mamelonnée. Après l'avoir scié, le centre offrit une petite cavité contenant un calcul mobile, sphérique, pesant 4 décig., formé d'acide urique tout autour. La substance du calcul était blanchâtre, très-dure, composée de couches irrégulières, offrant un exemple de calcul formé par la réunion de cinq substances. Mais il n'est pas sans intérêt de faire observer l'acide urique comme noyau, et la coexistence dans toutes les couches successives de l'urate d'ammoniaque et de carbonate de chaux. (Berzélius ne fait pas mention de cette coexistence.) Puis viennent les autres substances, le phosphate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien.

C'est un des exemples rares de carbonate de chaux coexistant avec l'acide urique, l'urate ammon., le phosph. amm. magn. et le phosphate de chaux.

Calculs de la prostate.

Ces calculs étaient disséminés au milieu de la substance de la prostate, dans de petites cellules membraneuses, où

ils se trouvaient quelquefois plusieurs ensemble, sous la forme d'un gravier rouge brunâtre, composé de phosphate de chaux.

Calculs biliaires.

Les observations fréquentes des calculs biliaires, recueillies sur les vieilles femmes de la Salpêtrière, ont conduit le docteur Loir à admettre : 1° que les personnes grasses en sont plus communément affectées; 2° que les personnes âgées y sont plus exposées; 3° que les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Les autopsies nombreuses des hommes de service de l'Hôtel-Dieu lui ont rarement fourni l'occasion de rencontrer ces concrétions. Tous les calculs dont il est question ici ont été trouvés dans la vésicule biliaire; ils peuvent être rangés sous trois classes : A. calculs de cholestérine pure; B. *id.* et de matière colorante; C. formés de matière colorante seule (non inflammable).

La cholestérine et la matière colorante de la bile étaient les parties constituantes principales de ces concrétions. La bile desséchée, le picromel, la matière grasse, entraient en trop petite quantité dans leur composition pour influer sur leurs propriétés physiques et chimiques.

La cholestérine y existait à des états différens. Dans quelques-uns, on voyait des lames brillantes, semi-transparentes, d'apparence nacrée et cristalline; dans d'autres, elle était mêlée avec de la bile et de la matière colorante; il y en avait enfin d'un blanc jaunâtre et brunâtre qui étaient un mélange de cholestérine avec de la matière colorante et un peu de bile.

La matière colorante constituait à elle seule 12 calculs : les plus petits, du volume d'un pois; les plus gros, de celui d'une noisette; ils étaient plus pesans que l'eau, d'une surface granuleuse et noirâtre; à leur centre existait une cavité remplie par une masse noirâtre, brillante, tout-à-fait distincte. Sur d'autres calculs, cette matière colorante formait une couche très-mince à la surface. Par son mélange avec une très-faible proportion de cholestérine et de bile, elle constituait une couche brunâtre, d'un noir d'ébène, quand elle s'y trouvait en plus grande quantité. Cette espèce d'écorce recouvrait une masse de substance d'un blanc jaunâtre. M. Loir a toujours rencontré au centre des calculs de la matière colorante. Dans les uns, elle était mêlée à la cholestérine; dans les autres, on voyait un petit noyau distinct du reste de la masse par sa circonférence bien nette, et formé principalement de matière colorante; enfin il y en avait au milieu desquelles on trouvait plusieurs foyers de matière colorante entourée par des rayons de cholestérine.

Les calculs de la vésicule biliaire ont été rencontrés en nombre variable : rarement ils étaient uniques; quelquefois plusieurs étaient agglutinés ensemble. Quant à la couleur de ces calculs, ils étaient d'un brun noirâtre, d'autant plus foncé qu'ils contenaient de substance colorante; ceux qui étaient formés par cette seule matière étaient noirs dans tous leurs points, sans apparence de cristallisation : cependant, les calculs noirs, au dehors, pouvaient être blancs ou jaunâtres au dedans, quand la cholestérine en formait l'intérieur. Quelques-uns étaient d'un vert foncé, d'un vert d'eau; un seul était d'un rouge de brique.

La surface de ces concrétions était unie dans la plupart, hérissée de petites saillies dans d'autres; ceux qui n'étaient formés que de matière colorante étaient durs et leur surface parsemée d'inégalités très-dures et très résistantes. Frais et humides, tous ces calculs étaient plus pesans que l'eau. Ceux où la cholestérine prédominait la surnageaient; mais les calculs composés de matière colorante en totalité ou presque en entier, étaient beaucoup plus pesans que le liquide; ils s'y enfonçaient rapidement et faisaient entendre un bruit sec en arrivant au fond; ce qui contredit l'opinion de Sœmmering, qui dit que les calculs blancs qui sont transparens, sont plus lourds que ceux qui sont noirs ou d'une teinte foncée.

Conformation intérieure. L'auteur a observé les différentes espèces de calculs que Walter a signalés :

1° Les *calculs striés* (*calculi filei striati*), transparens ou non à surface unie ou inégale;

2° Les *calculs lamelleux* (*calculi filei lamellati*);

3° Les *calculs entourés d'une écorce* (*calculi filei corticati.*) Les calculs blancs-jaunâtres de cholestérine, qui étaient les plus communs, appartenaient à ce genre.

Plusieurs calculs ne pouvaient être rapportés à ces classes : il en était qui, formés de cholestérine en majeure partie, offraient dans leur intérieur plusieurs points de substance brunâtre, autour desquels celle blanc-jaunâtre, formée par la cholestérine, était disposée sous forme de rayon ou de couches concentriques. D'autres, comme Kœsler en décrit quelques-uns, offraient à leur centre une cavité remplie en partie par une matière savonneuse : quelques calculs d'un blanc jaunâtre étaient dans ce cas. Mais les plus remarquables de tous étaient composés par la matière colorante seule; on trouvait à leur centre une petite masse noirâtre et brillante comme la houille.

Les calculs striés transparens étaient, comme Walter l'a indiqué, formés par des rayons lamelleux de cholestérine pure; à leur centre, on trouvait un petit noyau brunâtre, de matière colorante, unie à un petit peu de cholestérine. Dans les calculs striés non transparens, l'extrémité profonde des rayons correspondait à une partie centrale, creusée quelquefois d'une cavité irrégulière et formée par une substance d'un brun noirâtre, composée de matière colorante et de bile desséchée avec un peu de cholestérine.

Les calculs lamelleux ont été les plus rares : un seul de couleur rouge-brique lui a paru appartenir à cet ordre; il était plus léger que l'eau.

Les calculs entourés d'une écorce n'offraient à leur intérieur, aucune trace de disposition rayonnée; l'écorce était mince, le plus souvent d'un blanc jaunâtre, quelquefois brunâtre dans sa partie la plus superficielle; au-dessous se trouvait la surface intermédiaire, d'un blanc jaunâtre un peu foncé; enfin, le noyau était un mélange de cholestérine, de bile, de matière colorante qui existait en plus grande proportion. Une observation qui découle de cet examen, c'est que la matière colorante de la bile paraît être la seule partie constituante ou bien la base principale des noyaux des calculs biliaires.

J. FRANÇOIS.

NOTE

Sur l'action qu'exerce l'ammoniaque employée contre l'ivresse; par P.-H. BOUTIGNY, pharmacien à Evreux.

Lorsque nous observons un phénomène pour la première fois, ou que nous découvrons une combinaison nouvelle, nous lui accordons rarement beaucoup d'importance, et cela doit être : un fait isolé, qui ne se rattache à rien pour ainsi dire, n'excite pas long-temps notre attention. Mais si ce fait est mis en relief par d'autres faits de la même nature, il appelle de nouveau notre attention, et bientôt nous découvrons les rapports qui l'enchaînent à d'autres phénomènes, et il trouve naturellement sa place dans le cadre de la science à laquelle il se rattache.

Ainsi, lorsque j'eus l'honneur d'adresser à la Société une note sur l'*alcoolate de chaux*, je n'attachais qu'une importance très-secondaire à cette nouvelle combinaison ; mais depuis que j'ai reconnu l'existence d'autres alcoolates, et que M. Donné a annoncé que la salive était acide ou alcaline, suivant que les organes digestifs étaient on non dans l'état normal, j'ai reporté mes idées sur cette combinaison qui me parait propre à corroborer l'opinion des savans qui pensent que les fonctions vitales ne sont que des opérations ou des combinaisons chimiques.

Voici sur quoi se fonde ma manière de voir (1).

Lorsque des paysans sont appelés pour donner des soins à un homme ivre, ils s'empressent de chercher un tas de fumier, dans lequel ils creusent une espèce de fosse destinée au malade ; ils l'y placent, et le recouvrent avec du fumier chaud.

Lorsqu'un médecin est appelé dans le même cas, il fait prendre à l'ivrogne une potion ; dans laquelle le principal médicament est l'ammoniaque ou bien le carbonate, et quelquefois l'acétate de cette base. Eh bien ! le médecin et les paysans font la même chose ; ils emploient la même médication ; mais ils diffèrent dans le mode d'application.

Les paysans provoquent la transpiration par la température du fumier, ensuite les organes absorbans de la peau et les organes pulmonaires s'emparent du sous-carbonate d'ammoniaque qui se dégage de la masse dans laquelle le patient est comme enterré, et qui *neutralise l'alcool* pour en former un sel dont l'action sur l'économie diffère entièrement de celle de l'alcool.

Le médecin, au contraire, commence par neutraliser l'alcool ; ensuite l'alcoolate d'ammoniaque, qui est essentiellement sudorifique, détermine des sueurs abondantes qui sauvent le malade.

Je sais bien que cette explication trouvera des contradicteurs ; mais je leur demanderai si l'alcool est la seule boisson enivrante que nous possédons ; si l'acide carbonique, par exemple, n'occasionne pas les mêmes symptômes, les mêmes accidens que l'alcool ? Je leur demanderai encore si l'ivresse produite par l'usage de l'acide carbonique ne cesse pas instantanément sous l'influence de l'alcali volatil ? Enfin, je leur demanderai s'ils pourraient expliquer autrement les propriétés de l'ammoniaque et des sels ammoniacaux *facilement décomposables* contre l'ivresse ?

Nous faisons donc une opération chimique en combattant l'ivresse par l'emploi des ammoniacaux, et certains phénomènes vitaux peuvent être considérés comme étant des phénomènes physico-chimiques.

Par exemple, ne pourrait-on pas expliquer l'action de l'alcool sur l'économie animale, en disant :

1° Que les nerfs sont d'excellens conducteurs de l'électricité ?

2° Qu'ils sont facilement électrisés par influence ;

3° Que l'alcool, l'acide carbonique et certaines combinaisons d'hydrogène et de carbone qui se forment pendant la fermentation des liqueurs sucrées étant électro-négatifs, attirent dans *l'appareil digestif* l'électricité positive, et refoulent dans le *cerveau* l'électricité négative ?

4° Que cette électrisation par influence occasionne des perturbations, en détruisant l'équilibre électrique, qui cessent lorsque la cause qui les produit est *neutralisée* assez promptement, mais qu'elles deviennent permanentes lorsque la cause qui les produit dure long-temps ou se renouvelle fréquemment ?

C'est ainsi que l'on expliquerait la rapidité et la violence d'action des acides hydro cyanique, hydro sulfurique, etc. Je ferai remarquer que cette électrisation par influence est déterminée ou neutralisée surtout par des corps très-volatils (alcool, ammoniaque, etc.), par des corps qui sont mis presque immédiatement en contact avec les mille conducteurs qui s'épanouissent dans l'estomac. L'acide hydrocyanique qui se volatilise assez rapidement pour déterminer sa congélation, agit avec la rapidité et toute la violence de la foudre ; parce que c'est la foudre même....

M. le docteur Baudry, qui partage mes goûts pour les investigations scientifiques, m'a promis son concours dans quelques circonstances. Nous nous proposons de faire en commun, sur des animaux, des expériences qui rentreront toutes dans le cercle d'idées que je viens de tracer. Peut-être parviendrons-nous à des résultats de quelque intérêt, et à jeter quelque jour sur des phénomènes fort obscurs ou entièrement inconnus.

(1) Je puis aujourd'hui me permettre de hasarder cette explication, car mes prévisions sur l'alcoolate de chaux se sont vérifiées : l'alcool se porte au pôle positif et la chaux au pôle négatif. Je reprendrai l'étude de ces combinaisons aussitôt que mes occupations me le permettront.

Suspicion d'incendie, rapport, fait à ce sujet, par A. CHEVALLIER.

Un incendie ayant éclaté dans l'une des communes voisines de la capitale, des recherches furent faites, une instruction fut commencée, un étui trouvé sur les lieux fut saisi et soumis à un expert, qui fit le rapport suivant :

« Nous, etc., chargés, en vertu d'une ordonnance de

M. D..., juge d'instruction, en date du..., d'examiner un étui, afin de reconnaître *s'il contient ou a contenu* des produits propres à déterminer l'inflammation de substances combustibles, et pouvant causer un incendie :

« Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, nous avons reçu l'étui qui, ayant été ouvert, nous a paru avoir servi à renfermer du phosphore, qui aurait brûlé particulièrement ; mais ne pouvant établir ce fait sur-le-champ, nous avons prié M. le juge d'instruction de vouloir bien nous confier l'étui, afin de l'examiner dans notre laboratoire, en nous aidant des réactifs nécessaires.

Examen de l'étui. Cet étui est en bois noirci : ouvert, il laisse émaner une odeur de phosphore ; mais ce qui démontre que ce phosphore a brûlé, c'est qu'on remarque, 1° sur les parties internes qui ont contenu le phosphore une petite quantité d'une matière rouge, matière qui se fait aussi remarquer à la partie supérieure *des briquets phosphoriques* ; 2° sur les parois, des traces sensibles d'un acide. Voulant nous assurer si cet acide était de l'acide phosphorique (acide qui résulte de la combinaison de l'oxigène avec le phosphore), nous détachâmes une petite quantité de matière rouge, nous enlevâmes une portion du bois imprégné d'acide, et nous mîmes séparément ces objets en contact avec de l'eau distillée : cette eau devint bientôt assez acide pour rougir le papier de tournesol ; décantée, elle fut essayée par les réactifs, et on reconnut qu'elle précipitait l'eau de chaux, et qu'elle fournissait un précipité en flocons blancs volumineux ; ces flocons, qui étaient solubles dans un petit excès d'acide hydrochlorique, reparaissaient de nouveau lorsqu'on saturait l'acide par de l'ammoniaque : caractères qui indiquent que le sel formé avec la chaux était du phosphate de chaux.

Il nous restait à examiner quelle était la nature d'une substance qui occupait le fond de l'étui, dans lequel elle avait été comprimée. Cet examen nous démontra que cette matière, qui n'avait été destinée qu'à remplir le fond de cet étui, était de la résine du commerce, de la colophane, qui ne joue aucun rôle dans la préparation de cet étui, si ce n'est qu'elle a servi à remplir à peu de frais une partie vide, et à diminuer la quantité de phosphore à employer, la valeur du phosphore étant plus considérable.

Le phosphore, qui paraît être ici le corps actif, s'enflamme à une température de 64°; mais il n'a pas toujours besoin de cette température, et on a vu ce corps prendre feu par la simple exposition à l'air, par la chaleur de la main, par le frottement, par le contact d'un corps chauffé. Examiné comme moyen d'incendie, nous avons remarqué, 1° que, placé dans de la paille ou du foin, sans être enflammé d'abord, sur quatre fois son emploi avait échoué trois ; l'acide résultant de la combustion préservait la paille de l'inflammation ; 2° que, répandu lorsqu'il est en combustion, il détermine l'inflammation des matières combustibles. (Nous avions pris pour expérimenter du papier, de la paille, du foin.)

Des faits énoncés précédemment, il résulte pour nous, 1° que l'étui soumis à notre examen contenait du phosphore dont la combustion a pu être déterminée par la chaleur résultant du frottement des parois de l'étui les unes contre les autres, lors de l'ouverture ; 2° que ce phosphore, selon la manière dont il aurait été répandu sur des objets combustibles, aurait pu mettre le feu et déterminer un incendie ; 3° qu'un étui renfermant le phosphore ne peut donner lieu à l'inflammation des matières dans lesquelles il aurait été placé : il faudrait, pour causer cet effet, qu'il eût été, par des circonstances particulières, ou brisé ou ouvert (1).

Sur la créosote.

Une lettre que nous recevons de M. Gardes, élève en pharmacie chez M. Bleynie, à Périgueux (Dordogne), nous apprend que, depuis que cette substance est connue, elle a été employée avec succès contre la carie des dents, dans le traitement d'un grand nombre de maladies cutanées qui avaient passé à l'état chronique. Le fait suivant est surtout remarquable.

Une dame, âgée de trente-huit ans, était atteinte depuis quelques années d'une dartre rongeante, contre laquelle tous les moyens curatifs avaient échoué : la créosote, mise en usage et en frictions, a déterminé en huit jours une guérison complète, qui a vivement étonné les praticiens.

Si l'on en croit d'autres personnes, la créosote ne jouit d'aucune propriété qui puisse lui mériter d'être rangée parmi les médicamens.

Il nous semble que des opinions tellement différentes ne peuvent s'expliquer, à moins qu'on ne réfléchisse sur l'indifférence avec laquelle on étudie en France la thérapeutique. En effet, un nouveau médicament vient-il à être découvert, il est annoncé, prôné, appliqué à toutes les maladies ; trois mois après, ce même médicament, dont les propriétés n'ont pas été étudiées, est négligé, puis abandonné, pour être mis en usage un siècle plus tard.

Les propriétés de la créosote devraient donc être étudiées, afin que ce médicament pût être convenablement appliqué : ses propriétés doivent être analogues à celles que possèdent *l'huile animale de Dippel*, et *l'eau saturée de cette huile.* Ces médicamens, oubliés de nos jours, ont cependant été employés avec les plus grands succès dans une foule de cas : c'est ce qu'attestent des cahiers d'observations rédigées par M. Payen, dans lesquelles sont contenus le nom des malades, leur demeure, leur maladie, l'action du médicament, et les résultats obtenus de la médication.

---

(1) Nous ferons remarquer ici que la vente du phosphore n'est pas assujétie aux formalités qui devraient être mises en usage pour tous les vendeurs. En effet, on tourmente un pharmacien qui vend de ce produit, et il doit enregistrer la vente ; on s'informe, à l'aide de commissaires de police, des ventes qu'il a pu faire et qui sont relatées sur ses livres : puis, par opposition à ces mesures gênantes pour la pharmacie, on laisse vendre le même produit sur les places publiques, par le premier venu, qui n'est tenu de rendre aucun compte ! ! !

Si on consulte ces cahiers, qui sont en notre possession, on voit que des personnes affectées de dartres, de teigne, de gale, ont été guéries par l'application de ces médicamens maintenant abandonnés.

Nous le répétons, les propriétés de la créosote doivent être étudiées, mais dans les conditions suivantes :

1° Que le médicament mis en usage soit toujours le même ;

2° Que les cas dans lesquels on l'emploiera soient bien spécifiés ;

3° Que la dose et le mode d'administration soient bien indiqués ;

4° Que l'on tienne compte de la sensibilité et du tempérament du sujet auquel on l'administre ;

5° Qu'il soit administré par différens praticiens ;

6° Enfin, qu'on rendit un compte sincère des effets, soit que ces effets aient été bons, nuls ou même pernicieux.

En suivant une telle méthode, un médicament ne serait pas d'abord porté aux nues, puis abandonné complétement trois mois plus tard. A CHEVALLIER.

Thridace retirée des tiges sèches de laitue; par Émile MOUCHON *fils, pharmacien.*

La note que j'ai publiée l'année dernière dans le *Journal de pharmacie* me paraît avoir pour résultat de prouver que c'est à tort que les pharmaciens négligent de se pourvoir de laitue cultivée et de laitue vireuse à l'état de dessiccation. Ces plantes peuvent se sécher sans nul inconvénient, quoi qu'en disent quelques auteurs respectables ; et les hydrolats qu'elles fournissent après la dissipation de leur eau de végétation, ne diffèrent guère de ceux qui résultent du traitement de ces mêmes végétaux frais.

Cette preuve fournie, il a pu me paraître naturel d'envisager sous un point de vue avantageux, par rapport à la thridace, la dessiccation de la laitue ; et dès-lors j'ai dû m'occuper de quelques essais, dans le dessein d'utiliser également la plante sèche pour la préparation de cet extrait.

Pensant avec M. Dublanc, qui, du reste, a justifié son opinion par des faits, que la thridace alcoolique doit porter avec elle une propriété sédative, beaucoup plus puissante que la thridace aqueuse, j'ai cru devoir faire agir de préférence un menstrue hydralcoolique sur la laitue sèche.

Ainsi j'ai pris une livre deux onces de tiges, résultant de l'exsiccation de seize livres de ces parties végétales cueillies au moment de la floraison. Après les avoir coupées par tronçons, je les ai écrasées sous le pilon, et mises ensuite dans un vase convenable avec huit livres d'alcool à 22°. Après 24 heures d'une infusion de 40 à 50° dans un vase parfaitement clos, j'ai eu recours à une seconde en tout conforme à la première. Le liquide filtré, les parties extractives en ont été séparées par la distillation, pour être rapprochées jusqu'au point convenable à l'étuve. Cent vingt-huit grammes d'extrait on été le résultat de cette opération.

Afin de pouvoir comparer ce produit à la thridace aqueuse, j'avais eu le soin d'en préparer préalablement, en suivant exactement les indications voulues pour le procédé ordinaire. Seize livres de tiges de laitue fraîche, avaient fourni cent trente-quatre grammes d'extrait, mais le produit aqueux ne saurait entrer en parallèle avec le produit alcoolique, tant ce dernier paraît l'emporter sur l'autre par ses caractères physiques et ses propriétés médicales. Un peu moins chargée en couleur que l'extrait aqueux, cette thridace ne saurait être mieux comparée qu'à celle de l'extrait sec de quinquina préparé par le procédé de Lagaraye. Mise en solution dans un liquide aqueux, elle donne lieu à un soluté légèrement opalescent, très-peu coloré, et ne précipitant nullement.

A cette occasion, il est à propos de rappeler à nos confrères, et peut-être plus particulièrement aux médecins, que la thridace soigneusement préparée, qu'elle procède ou non d'un véhicule aqueux, ne saurait donner une teinte fortement colorée aux liquides, sans avoir éprouvé un commencement de carbonisation, et sans avoir perdu par conséquent son action médicale. Aussi ne puis-je me défendre d'engager les pharmaciens à n'accorder leur confiance à cette préparation qu'autant qu'elle présentera les caractères décrits ci-dessus, et qu'elle leur sera garantie d'ailleurs par la certitude des soins apportés à sa confection. J.-F.

De la formation de l'ammoniaque pendant la préparation du kermès dit sulfure d'antimoine hydraté ; par M. LEROY, pharmacien à Bruxelles.

A la suite des belles expériences et observations du docteur Austin, des professeurs Vauquelin et Dulong, de MM. Chevallier et Collard de Martigny, sur la formation de l'ammoniaque aux dépens du gaz azote atmosphérique, qui se trouve en contact avec l'hydrogène qui se dégage de ses composés à l'état naissant, je prends la liberté d'ajouter la suivante.

Ayant préparé du kermès minéral d'après le procédé de Clusel, lorsqu'il s'est agi de séparer le kermès déposé par refroidissement, du liquide qui le contenait, je rencontrai une forte odeur que je pus difficilement distinguer, tellement le gaz qui s'échappa devant moi passa avec rapidité. Je répétai l'expérience : pour lors je pris tous les soins convenables pour m'assurer de ce qui se passait. Le lendemain, le gaz que je recueillis fut de l'ammoniaque qui paraissait couvrir la surface du liquide où il s'était formé ; l'odeur était tellement forte, qu'il était difficile de supporter devant moi le vase qui contenait la préparation : le peu de mouvement qu'on imprimait au liquide suffisait pour dégager tout l'ammoniaque formé.

La formation de l'ammoniaque paraît peu sensible lorsqu'on prépare pour la première fois le kermès avec le sous-carbonate de soude et le sulfure d'antimoine ; mais lorsque vous faites servir à plusieurs reprises la solution de soude sur du nouveau sulfure d'antimoine avec celui qui a échappé à l'action du sous-carbonate, alors vous obtenez l'ammoniaque

en plus grande quantité et il peut-être recueilli avec facilité. Je me suis servi jusqu'à six et même huit fois de la solution, et j'ai toujours obtenu du kermès d'un beau brun marron, bien entendu qu'à chaque opération je remettais la quantité d'eau évaporée antérieurement.

EXTRAIT

D'un Mémoire du docteur STARK *d'Édimbourg, relatif à l'influence des couleurs sur les odeurs et sur le calorique.*

Dans la première partie de son mémoire, l'auteur donne des détails d'expériences diverses sur l'absorption de la chaleur par des substances diversement colorées, il arrive à cette conclusion : que, comme on le savait, pour les surfaces noires et ternes, blanches et polies, le pouvoir absorbant est toujours en corrélation avec le pouvoir émissif.

Il fait remarquer que dans les contrées septentrionales les animaux changent de couleur à l'approche de l'hiver. On y voit des renards blancs, des lièvres blancs; qu'un vêtement de cette couleur retient le calorique plus long-temps qu'aucun autre, et sert ainsi à conserver la chaleur animale.

Enfin, il trouve que la faculté absorbante et émissive dépendante des couleurs en général est dans l'ordre suivant : *noire, verte foncée, écarlate, blanche.*

Dans la seconde partie de son mémoire, le docteur Stark s'occupe de l'influence de la couleur sur les odeurs : il n'est pas à sa connaissance qu'un pareil sujet ait jamais été traité. « En essayant de démontrer, dit-il, par des expériences, que la couleur des corps pour imbiber les odeurs, est en corrélation avec la puissance de la couleur sur l'absorption et le rayonnement du calorique, j'avance un fait qui, nouveau pour la science, se rapporte cependant avec les propriétés communes de la lumière et du calorique. Et quoique la nature des substances soumises à l'expérience ne me permette pas de déterminer d'une manière absolue jusqu'où s'étend ce rapport, j'espère que mes recherches imparfaites engageront les savans à s'occuper de ce sujet tout-à-fait neuf. »

L'attention de l'auteur se trouva dirigée, dans l'hiver de 1830 et 1831, pendant qu'il faisait son cours d'anatomie dans les salles de dissection. Se trouvant un jour dans ces salles en habit et en pantalon noirs, il fut frappé de l'odeur insupportable que ces vêtemens avaient acquise, et qu'ils conservèrent pendant plusieurs jours, tandis que rien de pareil n'avait eu lieu avec des habits d'une autre couleur. Cette circonstance le conduisit à entreprendre une suite d'expériences afin de s'assurer, s'il était possible, pourquoi différens draps d'une finesse de tissu à peu près égale, mais d'une couleur différente, attiraient les odeurs en proportions si différentes. Il fut conduit à ce résultat, savoir : Que la couleur des corps, indépendamment de la nature de la substance, modifie d'une manière frappante la faculté qu'ont les surfaces d'imbiber et d'exhaler les odeurs. Ainsi, il trouva que le noir absorbe le plus, ensuite le bleu, puis le rouge, puis le vert; le jaune fort peu, et le blanc à peine sensiblement. Toutes ces expériences furent faites avec de la laine dans laquelle on avait mis du camphre ou de l'assa-fœtida. Mais on ne pouvait s'en rapporter qu'à l'odorat, puisque les substances employées n'avaient pas acquis une augmentation de poids appréciable. En conséquence, le docteur Stark chercha le moyen de s'assurer par une augmentation réelle de poids si une couleur attirait invariablement plus d'une substance odorante qu'une autre. Il se servit d'un vase d'étain en forme d'entonnoir, ouvert aux deux extrémités. Cet entonnoir fut placé sur une plaque de fer, au milieu de laquelle il mit du camphre. Il introduisit ensuite par l'ouverture supérieure de l'entonnoir les différentes substances dont le poids avait été pris exactement, et qui étaient fixées à un bout de fil de fer recourbé, ensuite il recouvrit l'entonnoir avec un morceau de verre; il chauffa légèrement la plaque pour volatiliser le camphre. Lorsque celui-ci fut volatilisé, et que l'appareil fut refroidi, il pesa bien exactement les substances, et nota la différence en poids. Ainsi, 10 grains de laine blanche soumis à l'expérience ci-dessus, avaient gagné. 1 grain 5/10
10 grains de laine noire. 1 gr. 8/10

Dans une autre expérience, des laines de presque égale finesse, coloriées en noir, en bleu, en vert et en blanc, et dix grains de chaque, exposés à la vapeur du camphre, ont fourni les résultats suivans :

Le noir avait gagné.	1 grain	2/10
Le bleu foncé.	1 gr.	2/10
Écarlate.	1 gr.	»
Vert foncé.	1 gr.	»
Blanche.	» »	7/10

Pour varier ces expériences, le docteur Stark se servit de petits carrés de carton d'égale grandeur coloriés, avec différentes préparations de plomb. Cette expérience fut entreprise dans le but de s'assurer si des surfaces unies, d'une égale densité, et coloriées autant que possible avec des substances de même nature, absorberaient des particules odorantes avec la même facilité que de petits morceaux de laine. Après avoir pris le poids exact de ces cartes, il les soumit à la vapeur du camphre dans l'appareil que nous avons décrit ci-dessus. Voici le résultat.

Le rouge avait gagné.	1 grain	»
Le brun.	»	7/10
Le jaune.	»	5/10
Le blanc.	des traces.	

Dans toutes les expériences, le docteur Stark a trouvé que le noir absorbait le plus, et le blanc le moins. Voulant s'assurer de l'attraction comparative des substances végétales et animales, il fit des expériences avec de la soie et de la laine; il trouva que la soie possède une attraction plus forte que la laine, et celle-ci une plus forte que le coton.

D'où il conclut que les substances animales ont une plus grande attraction pour les odeurs que les substances végé-

tales, et que plus la couleur de ces substances est noire et intense, plus cette même attraction est augmentée. Ces expériences paraissent aussi établir que l'absorption des odeurs par des substances coloriées, est soumise à la même loi qui régit l'absorption de la lumière et du calorique. « L'analogie s'étend encore plus loin, car dans d'autres expériences entreprises pour éclaircir ce point, j'ai trouvé, dit l'auteur, que le pouvoir des couleurs de renvoyer les odeurs, était en rapport exact avec le rayonnement du calorique dans des circonstances semblables. » Ainsi, il pesa bien exactement des petites cartes coloriées en noir, en bleu foncé, en brun, etc.; il les exposa à la vapeur du camphre, puis les pesa de nouveau à la sortie de l'appareil. Il les laissa dans son appartement pendant 24 heures et en prit le poids. Au bout de cet espace de temps, il trouva que le carton noir avait perdu : 1 grain.

Le bleu à peu près autant.		
Le brun.	»	9/10
Le rouge.	»	8/10
Le blanc.	»	5/10

Six heures après, le noir et le bleu avaient totalement perdu leur camphre, et le blanc en retenait encore 1/30 de grain.

Après avoir démontré d'une manière satisfaisante l'influence des surfaces coloriées sur l'absorption et l'émission des odeurs, l'auteur s'occupe des conclusions pratiques que l'on peut tirer des expériences ci-dessus rapportées.

S'il est établi, dit-il, que les émanations odorantes n'ont pas seulement une affinité particulière pour des substances différentes, mais que la couleur même de ces substances influe matériellement sur leurs propriétés absorbantes ou rayonnantes, la connaissance de ces faits peut être utile à la santé publique, pendant le règne de maladies contagieuses ou épidémiques.

Le docteur Stark, après avoir rapporté les principaux moyens usités pour purifier les marchandises infectées, ou l'air des appartemens malsains, s'exprime ainsi : « Les murs des hôpitaux, des prisons ou des appartemens occupés par un grand nombre de personnes, devraient être blanchis à la chaux; les tables, bois de lit et chaises, ainsi que l'habillement des infirmiers des hôpitaux, devraient être d'une couleur blanche. Un pareil réglement aurait le double avantage de forcer à la propreté, et d'offrir la surface la moins absorbante aux émanations des malades. D'après ce principe, il paraîtrait que les médecins, en adoptant la couleur noire pour leurs vêtemens, ont malheureusement choisi celle qui absorbe les exhalations odorantes avec le plus de facilité, et qui est la plus dangereuse pour eux et pour leurs malades.»

A. P.

Sulfure de fer présenté et vendu comme nickel.

Nous avons eu soin, dans divers numéros de ce journal, de faire connaître les fraudes et les falsifications qu'on rencontre dans le commerce; nous avons été à même, tout récemment, de voir du sulfure de fer qui n'a point de valeur, être vendu pour du nickel. Voici le fait :

Il y a environ quinze jours, un Allemand, ou un homme baragouinant de façon à faire penser qu'il était étranger, se présenta dans une fabrique où l'on prépare des alliages et offrit au fabriquant un soi-disant nickel qu'il ne vendait que onze francs la livre, le nickel étant payé quatorze. La personne à qui cette offre fut faite, croyant faire une bonne affaire, acheta une petite quantité de ce produit, se réservant de le faire entrer dans sa fabrication, et d'en acheter une plus grande quantité si elle en obtenait de bons résultats. Mais, soit que l'emploi de ce produit ait fait manquer une opération, soit que des soupçons se soient élevés sur le vendeur, le prétendu nickel me fut apporté, et après examen, je reconnus que ce produit était du sulfure de fer.

Déjà on avait préparé les voies pour lancer dans le commerce de ce sulfure, et on avait demandé à des droguistes le prix du nickel, disant qu'on en aurait besoin sous peu d'une nouvelle quantité; mais plusieurs droguistes avertis ont sans doute prévenu leurs confrères.

Voici en peu de mots, pour ceux qui ne reconnaîtraient pas à la première vue le sulfure de fer et le nickel, un mode simple d'expérimenter.

On broye une petite quantité du produit, et on le traite par l'acide nitrique en excès, en employant un vase de verre assez grand pour que le mélange qui augmente considérablement de volume, ne puisse passer sur les bords du vase. Lorsque l'acide nitrique a réagi, on laisse en repos, et si on a agi sur du nickel, on obtient un liquide de couleur verte, tandis qu'avec le sulfure de fer on a un liquide de couleur jaune rougeâtre.

La liqueur obtenue par le nickel étant filtrée, présente les caractères suivans : elle précipite en gris verdâtre par la potasse, en bleu par l'ammoniaque, qui, en excès redissout en partie l'oxide, et fournit un liquide d'un beau bleu violet.

La liqueur obtenue avec le sulfure de fer, filtrée et traitée par la potasse ou par l'ammoniaque, fournit avec ces deux réactifs, un précipité brun. Ces expériences, qui sont très-simples, sont suffisantes pour faire reconnaître la fraude.

A. CHEVALLIER.

Préparation de la Buxine, par M. BLEY.

M. Fauré, dans l'analyse de l'écorce du buis, avait annoncé l'existence d'un alcaloïde qu'il nomme *buxine*. Depuis, M. Bley, pharmacien, a analysé les feuilles de cet arbrisseau et en a publié les résultats dans le *Nenes, journal des pharmaciens* de Trommsdorffs. Il y a trouvé :

1° Une huile volatile concrète;
2° De l'acide acétique;
3° De l'albumine végétale;
4° De la gomme, du sulfate et de l'hydrochlorate de chaux;
5° De l'extractif, de la chlorophyle.

Si l'on dissout dans l'eau l'extrait alcoolique de ces feuil-

les, qu'on le traite par l'acétate de plomb, et qu'on fasse bouillir ensuite avec la magnésie caustique, le précipité produit par celle-ci, repris par l'alcool bouillant, donne par l'évaporation de ce menstrue une masse résineuse d'un brun verdâtre que l'on dissout dans l'eau. Cette solution évaporée donne une substance d'un jaune clair, d'une amertume agréable, analogue à celle du houblon, très-soluble dans l'alcool et dans l'eau, peu soluble dans l'éther, faiblement alcaline, et formant avec les acides des combinaisons incristallisables.

Cette substance a beaucoup d'analogie avec celle que M. Fauré a extraite de l'écorce du buis réduite en poudre fine, et traitée successivement par l'éther et l'alcool bouillant à 40 degrés et ensuite par de l'alcool à 25 B.; ces matières séparées de la matière grasse et résineuse qu'elles peuvent avoir déposée, sont réunies et évaporées; les résidu est dissous dans l'eau et filtré pour en séparer la résine; l'acide malique est précipité par l'acétate de plomb, et l'excès de ce sel par l'acide hydro-sulfurique; la liqueur est alors filtrée, et après l'avoir concentrée on la fait bouillir avec la magnésie pure pendant quelques minutes; quand elle est refroidie, on filtre, on lave le dépôt à l'eau froide, on le fait sécher, et on le traite à plusieurs reprises par l'alcool à 40 B. bouillant; on filtre, et l'on obtient la buxine par l'évaporation de la liqueur. D'après M. Fauré, 5 grains de cette substance équivalent à une once d'écorce de buis.

M. Couerbe a annoncé dans le *Journal de pharmacie* (janvier 1834) qu'il avait obtenu la buxine cristallisée en ajoutant de l'acide nitrique à la combinaison de cette substance avec l'acide sulfurique qui lui enlève la substance résineuse qu'elle contient, et précipitant ensuite la buxine à l'état de pureté ainsi obtenue. Cette substance transparente est rougeâtre ou jaune-rougeâtre, en poudre, blanchissant très-difficilement par le charbon animal, presque inodore, très-amère sans être âcre, donnant des signes d'alcalinité, soluble dans l'eau, dans l'alcool, moins dans l'éther, et insoluble dans les alcalis; combinée avec les acides, elle forme des sels incristallisables, très-solubles dans l'eau et dans l'alcool, décomposables par les alcalis.

J. F.

ANALYSE

De la digitale pourprée; par WATSON, J. WELDING.

D'après l'auteur, les feuilles de cette plante abandonnent leurs propriétés médicamenteuses à l'alcool et à l'eau bouillante, sans infusion ou décoction, rougit le papier de tournesol; les sels de fer y produisent un précipité noir; le nitrate d'argent, un précipité jaunâtre; le sulfate de cuivre, un précipité brun verdâtre; la chaux, un précipité vert; le sous-acétate de plomb, un précipité jaune; les acides hydrochlorique, nitrique et sulfurique les précipitent aussi. D'après le résultat de ces diverses expériences, M. Welding conclut que les feuilles de digitale sont composées :

1° D'acide gallique;
2° D'un mucilage;
3° D'une matière colorante, rougeâtre, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool et l'éther;
4° De chlorophyle;
5° D'une matière sucrée;
6° De traces de fécule;
7° D'une huile volatile;
8° D'une matière concrète floconneuse;
9° De gluten;
10° D'une substance grasse;
11° D'une matière extractive;
12° D'un principe particulier, soluble dans l'alcool et l'éther, digitalin;
13° De fibre végétale.

J.-F.

NOTE

Sur quelques nouvelles pommades; par RIGHINI.

Pommade de daturine simple.

Daturine pure.	1 partie.
Cérat. sans eau.	24

On réduit en poudre impalpable la daturine, et on la triture avec l'onguent, jusqu'à ce que l'on n'en sente aucune molécule sous les doigts; on la conserve pour l'usage dans des vases clos.

Pommade de daturine hydrocyanique.

On ajoute à la pommade précédente deux parties d'huile de laurier-cerise.

Pommade de daturine iodurée.

La daturine est douée de l'électricité positive, et l'iode de l'électricité négative, or, si l'on fait agir ensemble la daturine et l'iode, les électricités opposées tendent à s'unir, et le résultat de cette union est un iodure de daturine : on obtient donc cette combinaison binaire en mêlant, dans les rapports atomistiques, l'iode et la daturine, et triturant pendant quelques heures dans un mortier de verre; on prépare ensuite la pommade de la manière suivante :

Iodure de daturine.	36 grains.
Cérat sans eau.	1 once.

J.-F.

NOTE

Sur l'apocine; par JOHN GRISCOM.

L'apocynum cannabinum agit à l'intérieur comme purgatif émétique, sudorifique et diurétique. Elle est connue dans la Virginie et le Canada. Son analyse a donné à M. J. Griscom :

Du tannin,

Un acide qui paraît être le gallique,
De la gomme et de la fécule,
De la résine,
De la cire,
Un principe amer qu'il nomme apocyne,
Une matière colorante,
Du caoutchouc,
De la fibre végétale.

L'eau est beaucoup plus propre à extraire l'apocyne des parties colorantes et amères, et la teinture alcoolique est moins chargée de principes et moins amère : l'eau froide en prend davantage, et l'écorce est la partie qui en contient le plus.

Pour obtenir *l'apocyne*, Griscom conseille d'épuiser la racine par la macération répétée au moyen de l'eau distillée froide ; l'extrait qu'on en obtient fait du cinq au sixième du poids de la racine employée. On la traite à plusieurs reprises par l'alcool, et l'on fait bouillir la solution alcoolique avec un peu de magnésie pure ; on filtre et l'on évapore à siccité le résidu et une masse d'un brun rougeâtre, fragile, déliquescente, nauséeuse et très-amère, que l'auteur regarde comme l'apocyne presque pure, sa solution n'est point précipitée par le sous-acétate de plomb ni par le nitrate d'argent. (*Journal of Sciences.*) J.-F.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'induration du poumon chez les enfans nouveau-nés, et sur les moyens propres à la combattre ; par EDOUARD JOERG. — Leipzig (1).

La plupart des enfans qui meurent dans les premiers jours de leur existence, succombent à la même maladie, à une altération des poumons qui est déterminée par un accouchement trop long, et ou au contraire trop facile et trop prompt. C'est au moins ce que l'on peut conclure des expériences et des observations faites à l'école d'obstétrique de Leipzig, consignées dans la dissertation inaugurale du docteur Jœrg, dont nous allons reproduire les considérations les plus importantes.

L'enfant immédiatement après son expulsion de l'utérus, est obligé de faire une forte et profonde inspiration, qui est pour lui le commencement du grand changement que doit éprouver la circulation. Aussi la nature a-t-elle tout prévu pour ce changement, car la diminution de la vitalité des membranes et la compression graduelle du placenta à la fin de la grossesse, mettent un obstacle à la circulation du fœtus, et l'enfant à peine né est forcé de chercher par une forte inspiration l'oxigène qui ne lui est plus apporté par le sang de sa mère. Aussi, dans cet état qui ressemble beaucoup à l'asphyxie produite par le gaz carbonique, les premières inspirations sont nécessairement les plus puissantes, et rendent le poumon perméable au sang, qui s'y précipite avec force et abandonne le trou ovale et le canal artériel, qui ne tardent pas à s'oblitérer. Dans ce cas l'enfant continue de respirer régulièrement, et il peut aussi crier et boire.

Le premier cri d'un enfant qui indique son état d'anxiété et de suffocation, sert donc en même temps à dilater ses poumons, et ressemble plus aux longs soupirs d'une personne qui sort d'un lieu où elle était menacée de suffocation, qu'à l'expression réelle de la douleur. Maintenant, si une influence nuisible vient à arrêter le développement de cet état naturel des poumons, on conçoit facilement quelles en doivent être les suites funestes.

Cette influence peut se trouver dans un accouchement trop prompt ou au contraire dans un accouchement trop lent. Le dernier affaiblit tellement l'enfant par une trop forte compression de la tête, qu'il n'a plus assez de force pour respirer librement et dilater suffisamment ses poumons.

Le même effet est produit par un accouchement trop rapide, si ce n'est que dans le premier cas la compression du cerveau détermine quelquefois l'inflammation de cet organe, ce qui n'a pas lieu quand l'accouchement se fait trop rapidement ; mais alors le peu de durée et la faiblesse de la compression à laquelle le placenta est soumis, ne mettent pas un obstacle assez puissant à la circulation du fœtus, pour qu'il soit obligé de faire une très-forte inspiration. Le résultat de cette circonstance est que l'enfant ne respire qu'imparfaitement, que les poumons ne se dilatent que partiellement, et ne peuvent y parvenir plus tard sans le secours de l'art.

On a souvent vu, dans ces circonstances, des enfans pris subitement de maladie, mourir quelquefois malgré tous les efforts faits pour les sauver, avant que l'on eût découvert la cause réelle de leur état, et employé les moyens propres à les en retirer.

Dans tous les cas de ce genre où l'on a fait l'examen cadavérique depuis plusieurs années, on n'a jamais trouvé qu'une partie des poumons qui fût remplie d'air et rouge, tandis que le reste se trouvait dans l'état qu'il offre chez le fœtus. Quand l'enfant était mort peu de temps après sa naissance, la portion condensée était encore susceptible d'être enflée par l'air ; mais lorsque la mort n'était arrivée qu'au bout de plusieurs semaines, le poumon était carnifié et ne pouvait plus être insufflé. Quelquefois le point de séparation entre la partie saine et la portion malade était enflammé, et la dernière contenait des vomiques. Les bronches aussi étaient souvent enflammées et pleines de mucosités. Le contraste frappant qui existait entre la partie saine et d'un rouge brillant, et les portions brunes qui étaient malades, frappait la vue immédiatement à l'ouverture du thorax. Dans la plupart des cas le trou ovale était encore ouvert, et le cœur et les gros vaisseaux contenaient des polypes très-fermes. Le cerveau était fréquemment gorgé de sang épanché entre ses membranes et à sa surface ; il contenait aussi quelquefois des abcès correspondant à d'autres abcès situés sur le crâne ou près de la fontanelle, qui avaient été produits par l'emploi des instrumens ou par la violence de la pression contre les parois du bassin pendant le travail. Le reste du corps ne présentait rien d'anormal, si ce n'est que chez plusieurs sujets la peau de la face avait une teinte bleuâtre, tandis que chez d'autres elle était pâle, et que les autres parties et spécialement les intestins étaient exsangues.

Il est évident, d'après ces faits et les observations faites depuis plusieurs années, que les progrès de la maladie et sa terminaison par la mort, tiennent à ce que la plus grande partie des poumons est indurée, ou plutôt est restée à l'état dans lequel ils sont chez le fœtus, et n'a pu être pénétrée par l'air. Conséquemment le sang, privé en partie de l'hématose pulmonaire, a dû rester veineux, et déterminer des congestions plus ou moins fâcheuses, en même temps que tous les organes privés du stimulant nécessaire pour l'intégrité de leurs fonctions, se trouvaient dans un état d'atonie et de faiblesse qui pouvait se terminer par la guérison, des maladies consécutives et la mort.

(1) Dissertatio inauguralis pro summis in medicinâ et chirurgicâ honoribus capescendis : « De morbo pulmonum organico, ex respiratione neonatorum imperfectâ orto. » Auctore Edwardo Jœrg. Leipsiæ, 1832.

1° La guérison a lieu lorsque les efforts de l'enfant pour respirer sont aidés d'un traitement convenable ; les maladies consécutives sont l'obstruction des poumons et la cyanose chronique. Quant à la mort, lorsqu'elle arrive primitivement, elle a lieu ou par apoplexie ou par suffocation, l'enfant n'ayant pas la force d'expulser les matières sécrétées dans les bronches, ou par la fièvre, ou enfin par la diminution graduelle du calorique.

Les symptômes qui indiquent cet état grave sont la tuméfaction du cuir chevelu, pour les cas où l'accouchement a été très-laborieux existant avec les phénomènes morbides suivans, qui s'observent dans les deux cas. Les cris de l'enfant sont faibles; sa respiration est courte et très-laborieuse, et ne se fait qu'avec de grands mouvemens du thorax ; puis il cesse de se mouvoir ; si avant il avait pu boire, il ne peut plus le faire ; sa voix devient rauque, faible ou même cesse d'être entendue. Les convulsions ou le coma surviennent bientôt ; le petit malade devient tout-à-fait bleu ; les yeux se tournent en haut ; la respiration devient de plus en plus rare jusqu'à ce qu'elle cesse enfin complétement. Si la maladie au lieu de se terminer promptement dure plusieurs jours ou plusieurs semaines, une petite toux brève est le signe le plus certain d'une violente bronchite; puis la faiblesse, l'atrophie et la fièvre hectique apparaissent successivement, et l'enfant, tout au plus quatre ou cinq semaines après sa naissance, succombe de l'une des manières que nous avons indiquées.

Les moyens les plus efficaces de prévenir cette altération des poumons sont : 1° de ne jamais hâter sans nécessité la sortie de l'enfant ; 2° d'empêcher, autant que possible, une trop forte pression sur la tête. On doit examiner avec attention la respiration du nouveau-né, la force de sa voix et la manière dont il prend le sein de sa mère ; et aussitôt que le médecin s'aperçoit que la respiration est trop courte, que la voix de l'enfant est rauque ou faible et plaintive, ou qu'il ne tète pas comme il devrait le faire, il doit immédiatement avoir recours aux moyens qui sont entre ses mains. Le premier soin du médecin doit être d'insuffler de l'air dans les poumons jusqu'à ce que le thorax soit complétement dilaté ; ensuite, il stimulera la poitrine et le dos par des frictions faites soit avec une brosse, soit avec la main ; la plante des pieds sera aussi irritée avec une brosse, et on pourra lui jeter quelques gouttes d'eau froide et d'éther sulfurique. En même temps, on préparera un bain tiède dans lequel on mettra l'enfant, et on continuera les frictions jusqu'à ce qu'il crie un peu fort et que sa poitrine se dilate suffisamment.

Si ces moyens ne suffisent pas, on doit alors avoir recours aux moyens internes, et administrer immédiatement un vomitif composé de quelques grains d'ipécacuanha, d'une drachme d'oxymel scillitique ou d'un quart de grain de tartre stibié ; ensuite, on donnera un quart de grain, ou même, dans les cas urgens, un demi-grain de calomel, afin de produire une stimulation générale en excitant le canal intestinal, et de diminuer la congestion cérébrale, aussi bien que la sécrétion des mucosités qui se fait trop abondamment dans les bronches. L'emploi répété des bains chauds simples ou aromatiques (par l'addition du thym, de la marjolaine ou du calamus aromaticus), ou restaurans (composés de lait et de quelques fluides mucilagineux), contribuera beaucoup à raviver le système et à exciter la circulation. Il faut quelquefois appliquer de petits sinapismes de la largeur d'un pouce sur le col ou sur la poitrine. Malgré le succès qui suit souvent l'emploi de ces moyens, cependant la maladie est extrêmement grave et réclame du médecin la plus grande attention et la surveillance la plus active.

Examen de l'examen de M. Broussais, par M. A. LOUIS. —164 pages in-8°. Chez J.-B. Baillière.

Deux hommes, dont les noms sont bien connus dans le monde médical, descendent aujourd'hui dans l'arène pour vider une querelle scientifique. M. Broussais se présente l'insulte à la bouche, et lance contre son adversaire des sarcasmes et des railleries de toutes sortes de goûts. C'est du moins le reproche que lui adresse M. Louis pour avoir donné à la critique de ses travaux le caractère d'un pamphlet injurieux, et pour lui avoir prodigué les personnalités les plus offensantes. C'est, du reste, le caractère obligé de toutes les discussions physiologiques.

Nous félicitons M. Louis d'avoir évité de suivre son adversaire sur ce terrain ; il aurait affaibli indubitablement sa cause. La modération de sa réponse prouve qu'il écrit dans l'intérêt de la vérité et non dans celui d'un système. Tous les amis de la science liront avec fruit sa réfutation ; elle est forte de preuves, érudite sans pédantisme et pleine sans verbiage. Nous lui reprocherons cependant quelques épithètes qu'il aurait dû laisser aux habitudes de son adversaire. Les termes d'*ignoble* et d'*absurde*, lancés dans son indignation contre M. Broussais, font disparate avec l'excellent ton de l'ouvrage.

Ceux qui consulteront l'examen du chef de la doctrine physiologique jugeront de ce que peuvent l'oubli des convenances et les écarts d'une imagination systématique. Cette lecture pourtant ne sera pas sans attraits pour eux ; le style mordant et la verve caustique de l'auteur, où quelquefois des aperçus ingénieux et des vérités frappantes surnagent au milieu d'une foule d'erreurs, sont bien dignes de fixer l'attention des hommes qui désirent connaître avant de décider une question.

Notre intention n'est pas de reproduire dans cette courte analyse toutes les pièces de ce procès. Nous signalerons seulement les plus importantes, afin d'attirer sur cette discussion l'intérêt de nos lecteurs.

Et d'abord, M. Louis n'avait pas besoin de justifier de la bonne foi qui toujours a présidé à ses recherches scientifiques; son zèle pour l'étude et son amour du vrai sont connus de tous. Les travaux dont il a enrichi l'anatomie pathologique sont des titres incontestables à une juste célébrité ; ils ne périront jamais, car l'observation leur à servi de base.

M. Broussais prend les choses *ab ovo*, et plaisante en commençant sur la signification du mot phthisie. Cette première discussion nous paraît oiseuse, comme la plupart de celles qui roulent sur l'acception d'un terme. M. Louis n'admet le nom de phthisie que pour la tuberculisation pulmonaire; c'est une convention qu'il se croit libre de faire avec son

lecteur, et il s'étonne que M. Broussais veuille le forcer de donner à ce mot une extension plus grande et de l'appliquer à toute espèce de dépérissement progressif. Nous ne voulons pas faire l'érudit; peu nous importe l'étymologie du mot; il suffit de s'entendre, et le terme phthisie, dégagé de toute épithète, emporte même chez le peuple toujours avec soi l'idée d'affection tuberculeuse des poumons.

Une question plus sérieuse qui se présente ensuite, est celle de savoir si la matière grise tuberculeuse amassée dans le tissu des poumons, même à leur partie supérieure, peut être le produit de l'inflammation chronique. M. Louis établit à ce sujet une distinction très-importante; nous en laissons la surprise au lecteur, qui trouvera le développement de cette proposition dans les premières pages de l'*Examen*. Un troisième point capital, fortement contesté par M. Broussais, est une loi formulée par l'auteur des *Recherches sur la phthisie*, qui admet une coïncidence constante, du moins chez l'adulte, des tubercules dans divers organes avec une dégénérescence de même nature aux poumons. L'anatomie pathologique pouvait seule résoudre cette question, et c'est en sa faveur qu'elle a prononcé. Les nombreuses autopsies pratiquées à chaque jour dans les amphithéâtres de nos hôpitaux démontrent ce fait jusqu'à la dernière évidence, et tous les praticiens peuvent le vérifier, car malheureusement ces cas ne sont pas rares. La Gazette Médicale, dans ses revues cliniques, en a mentionné plusieurs.

La nature et le traitement de diverses complications de la phthisie ont été violemment agités par nos deux auteurs. Dans les inflammations digestives, par exemple, M. Broussais fait un crime à son adversaire d'administrer l'opium comme calmant au lieu de craindre ses effets incendiaires. A ce propos, M. Louis fait appel à la mémoire du professeur du Val-de-Grâce, et raconte deux historiettes fort piquantes, dont ils furent tous les deux témoins. Il s'agit en particulier d'une dame réduite par la dyssenterie et la méthode antiphlogistique, dans un état voisin de la mort, et qui recouvra la santé et l'embonpoint sous l'heureuse influence d'un traitement opposé.

Viennent ensuite des discussions non moins curieuses sur la dégénérescence du foie chez les phthisiques, sur l'acuité et la chronicité de la maladie, sur la cause de divers symptômes, autant de questions intéressantes, que les limites de notre article ne nous permettent pas d'aborder.

Le second chapitre de l'*Examen* est relatif aux affections typhoïdes. Laissons parler M. Louis.

« Les premières lignes du chapitre consacré par M. Brous-
» sais à l'examen de mes recherches sur l'affection typhoïde
» ont de quoi confondre. « On continue, dit-il, à vouloir su-
» bordonner l'idée de maladie à celle d'altération de texture
» des organes, et à ne voir dans les symptômes que la révé-
» lation de ces désorganisations. » Oui, c'est M. Broussais
» qui écrit ces lignes; M. Broussais, qui a voulu rattacher
» les symptômes les plus formidables à des lésions légères et
» souvent contestables; et non-seulement le reproche de ne
» voir dans les symptômes qu'une révélation des altérations
» organiques part de M. Broussais, mais il s'adresse à moi, qui
» ai dit, dans l'ouvrage critiqué (deuxième vol., pag. 457,
» 458), qu'il y a dans les maladies autre chose que ce qu'on
» voit; que leurs causes, quelles qu'elles soient, ont sans
» doute une certaine part à la mortalité et aux lésions se-
» condaires, pour ainsi dire, et recueille et fais connaître
» des faits qui ne permettent pas de douter qu'un mouvement
» fébrile plus ou moins intense n'ait lieu dans un grand nom-
» bre de cas, sans altération appréciable des tissus ou des
» viscères de notre économie! »

M. Louis appuyant son opinion sur une masse imposante de faits, avait avancé que l'altération des plaques elliptiques de Payer avait l'initiative dans la cause de l'affection typhoïde. Pour M. Broussais, cette assertion est gratuite. « Renfermé,
» dit-il, dans la clinique d'un médecin de l'Hôtel-Dieu ob-
» servant jour et nuit, M. Louis inventa et confectionna de
» toutes pièces, sans matériaux étrangers, une fièvre unique
» fondée sur les plaques de l'iléum. » Notre opinion repose aussi sur bon nombre de faits, et nous ne craignons pas d'être démentis par les esprits éclairés en soutenant que bien souvent dans les maladies les altérations organiques ne sont pas dans un rapport direct avec les désordres fonctionnels, et quelquefois les lésions matérielles, considérées comme élément essentiel d'une affection, manquent lorsque la maladie se traduit pourtant avec l'ensemble de tous les autres traits qui la caractérisent.

Il est conforme à l'observation de dire que l'altération des plaques de Peyer est le phénomène le plus constant de la fièvre typhoïde; mais des exemples prouvent que cette maladie peut exister sans rien offrir de semblable. Cette remarque, pouvant même se généraliser, doit nous conduire à considérer les altérations locales comme élément de diagnostic et non comme essentialité dans les maladies. Maintenant, cette lésion des plaques elliptiques forme-t-elle le caractère anatomique d'une affection particulière, distincte de l'entérite proprement dite, et connue jusque dans ces derniers temps sous le nom de fièvre ataxique, adynamique, etc.? C'est une question que M. Louis se croit autorisé à résoudre par l'affirmative, et les raisons qui motivent son opinion sont si bien fondées, qu'après leur examen nul doute ne peut planer dans les esprits.

La dernière partie de la discussion roule sur l'appréciation de divers symptômes de l'affection typhoïde. Toujours même esprit, même véhémence, même aigreur dans l'attaque; toujours même calme, même solidité, même supériorité dans la défense. D'après une méthode métrique appliquée à des faits exacts, M. Louis conclut que l'état anatomique du cerveau dans la fièvre typhoïde ne peut rendre compte du délire; du moins il n'existe pas de lésion appréciable, quoiqu'en bonne logique il faille admettre une modification quelconque survenue dans la pulpe cérébrale pour explication plausible des désordres fonctionnels. Le trouble des facultés intellectuelles coïncide au contraire avec l'altération des plaques elliptiques; M. Louis attribue le délire à cette lésion seule constante chez ceux qu'il a tourmentés. Mais cette cause agit-elle sympathiquement ou à l'aide du mouvement fébrile dont l'inflammation des plaques est la source? Cette dernière version est celle qu'adopte l'auteur des recherches; car, dit-il, le délire est toujours proportionné à la fièvre, et dans la supposition des sympathies inappréciables, il faudrait admettre que cette action des organes les plus différens par leur structure et leurs fonctions

reste toujours la même, ce qui lui paraît impossible. Nous ne voulons pas nous inscrire en faux contre cette explication; mais M. Louis nous a lui-même habitué à ne déduire des faits que des conséquences rigoureuses, et celle-là nous paraît encore problématique.

La dernière partie de l'examen est consacrée à des discussions pratiques d'autant plus importantes qu'elles ont rapport au traitement de l'affection typhoïde. M. Louis, sans refuser aux émissions sanguines une salutaire influence dans les premiers temps de la maladie, indique pourtant avec précision et toujours d'après l'expérience les circonstances favorables à l'emploi des toniques. Il combat les argumens et les prétentions exagérées de la doctrine physiologique, et fait un dernier appel aux esprits impartiaux et éclairés pour juger au lit du malade et dans les amphithéâtres des hôpitaux, la valeur de ses assertions.

M. Louis ne pouvait défendre une plus belle cause avec plus de talent. On peut lui reprocher quelques négligences de style; sous ce rapport seul, son ouvrage le cède peut-être à celui de M. Broussais. Les qualités d'écrivain que ce professeur possède à un haut degré, expliquent en partie l'éclat passager dont brilla la doctrine physiologique.

Recherches sur la génération des mammifères; par M. COSTE, suivies de Recherches sur la formation des embryons, par MM. DELPECH et COSTE.—Un vol. grand in-4° avec planches.—Paris, Just-Rouvier et Le Bouvier.

M. Coste vient de publier un beau vol. in-4°, accompagné d'un grand nombre de figures, composé de deux parties distinctes. La première a pour objet l'ovologie des mammifères; la seconde, la formation des embryons. Nous allons nous occuper principalement de l'examen de la première partie de cet important ouvrage (1), la seconde, qui est commune à M. Coste et à M. Delpech, ayant déjà été analysée dans ce journal.

M. Coste a bien compris qu'avant d'aborder l'ovologie humaine, il était indispensable de choisir parmi les mammifères un animal qui fût assez commun pour qu'on pût se le procurer à volonté, afin d'observer toutes les modifications que l'œuf éprouve depuis l'ovaire jusqu'à son complet développement. En procédant ainsi, il voulait obtenir une série non interrompue de faits normaux qui, comparés avec les faits connus en ovologie humaine, permissent de reconnaître par l'analogie ceux qui sont le résultat d'une altération pathologique, en les distinguant de ceux qui n'ont subi aucune dégradation. En conséquence, il a d'abord choisi les lapines pour sujet de ses premières recherches, et, après avoir tracé l'histoire rapide de tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour relativement à l'œuf des mammifères et de la femme étudiés dans l'ovaire, il arrive à cette conclusion positive, que c'est le petit corps sphérique, nageant dans le liquide contenu dans chaque vésicule de Graaf, qu'il faut considérer comme l'œuf, et non point les vésicules de Graaf elles-mêmes, puisqu'elles ne sont autre chose que des cellules de l'ovaire qui ne se détachent pas. Or si, comme l'observation directe le prouve, les vésicules de Graaf sont en réalité des cellules de l'ovaire, il faut reconnaître avec M. Coste que le mot *vésicule*, par lequel on les désigne, et qui exprime une chose isolée et distincte de tout ce qui l'avoisine, est une expression dont on doit prescrire l'usage, si l'on veut mettre dans le langage toute la précision sans laquelle les erreurs les plus graves peuvent être perpétuées.

M. Coste n'a point observé le premier le petit corps sphérique contenu dans les prétendues vésicules de Graaf, puisque, comme il le dit lui-même, MM. Prévost et Dumas l'avaient entrevu déjà, et que M. Baer en parle avec détail; mais il a démontré le premier, et ceci est un véritable progrès qui ramène les phénomènes les plus compliqués de la nature à l'unité de plan dont notre jeune auteur se montre le plus heureux partisan, il a, dis-je, le premier démontré que ce petit corps sphérique est véritablement un œuf qui ne diffère en rien de celui des oiseaux. D'après lui, en effet, l'œuf des mammifères, étudié dans l'ovaire, se compose:

1° D'une enveloppe extérieure qu'il appelle vitelline, parce que, comme celle des oiseaux, elle renferme le vitellus.

2° D'une petite masse grise contenue dans la cavité de la membrane vitelline, et qui n'est autre chose que le vitellus; car c'est à ses dépens que le blastoderme se développera.

3° Enfin, il existe, dans un point de la surface du vitellus, une petite vésicule transparente qui, par sa position et ses usages, ne peut être comparée qu'à celle que Purkinjé a démontrée chez les oiseaux.

Comme on vient de le voir, M. Coste a nettement retrouvé dans l'œuf des mammifères, et nous pouvons le dire d'avance, dans celui de la femme, étudié dans l'ovaire, toutes les parties constituantes de celui des oiseaux; et cette analogie, qu'on éprouva tant de répugnance à accepter lorsque pour la première fois elle fut proclamée au sein de l'Institut, doit être considérée désormais comme une vérité que l'auteur a rendue sensible, non-seulement aux commissaires chargés de rendre compte de ses belles expériences, mais encore à un grand nombre de médecins et de savans qui les ont suivies avec empressement. Mais avant d'arriver à ce résultat important, une difficulté qui a long-temps paru insurmontable, et dont une foi profonde en l'unité de composition organique a pu seule faire triompher, s'est présentée d'abord; elle consistait dans l'impuissance, même après des observations mille fois répétées, de découvrir l'analyse de la vésicule de Purkinjé. Cependant, après tant d'essais infructueux, M. Coste s'apercevant que, dans son empressement à examiner les œufs descendus dans la matrice des lapines fécondées qui servaient à ses expériences, il n'avait jamais étudié ceux de l'ovaire qu'assez long-temps après la mort de ces animaux, c'est-à-dire lorsque leur chaleur était complétement éteinte, supposa que l'absence de la vésicule en ques-

---

(1) Le travail de M. Coste relatif à la génération des mammifères a été présenté à l'Institut, qui a décidé, contre ses usages, qu'on demanderait au ministère l'autorisation de mettre à la disposition de l'auteur une somme de 2,000 fr., pour l'aider à continuer ses recherches dispendieuses.

tion pourrait bien n'être que le résultat du refroidissement, quelque faible qu'on doive supposer l'influence d'une semblable cause. Il ouvrit un jour une lapine dans le seul but d'étudier les œufs dans l'ovaire, et il eut le bonheur de voir ses soupçons se réaliser et de découvrir l'existence de la vésicule transparente qui lui avait jusqu'alors échappé, et qui s'effaça sous l'action rapide du monde extérieur. Nous avons d'autant plus volontiers insisté sur ce fait, qu'il constitue pour M. Coste une découverte de la plus haute importance, et qu'il renferme, pour les hommes trop disposés à consacrer des différences, une leçon d'autant plus efficace qu'elle leur est fournie par un de nos observateurs les plus habiles.

Après avoir étudié l'œuf dans l'ovaire, M. Coste le suit dans toutes les modifications successives qu'il va subir pendant la durée de la gestation. Et d'abord, pour compléter la démonstration de l'analogie entre la vésicule dont nous venons de parler et celle de Purkinjé, il a dû rechercher avec soin si elle a la même destination.

Déjà Purkinjé, dans son beau travail, avait dit qu'elle se rompait pour laisser épancher les granules blancs qu'on observe au centre de la cicatricule; mais adopter une semblable opinion, c'était déclarer indirectement qu'un animal tout entier n'était autre chose qu'une aggrégation de granules épars, puisque c'est au sein même des granules blancs de la cicatricule que le nouvel être va se manifester; et, soit que la responsabilité d'une aussi grave conséquence lui ait inspiré des doutes, soit que de nouvelles recherches lui aient donné des convictions contraires, il finit par admettre qu'au lieu de se rompre elle s'aplatit, et que ses deux hémisphères s'étendent pour constituer le blastoderme. M. Coste, au contraire, qui deux ans avant la publication du travail qui est l'objet de notre examen, nous avait fait assister aux premiers mouvemens que les globules du jaune subissent pour aller former, par leur condensation régulière, les systèmes nerveux et circulatoire de l'embryon des oiseaux, ne se trouvant pas sous l'influence des motifs qui paraissent avoir déconcerté Purkinjé, et l'observation directe lui ayant d'ailleurs appris que chez les mammifères il ne reste plus après la conception de trace de la vésicule qu'il a découverte, n'a pas craint de conclure qu'elle se rompt pour déposer les premiers élémens de l'animal qui va se former. Mais il ne s'est pas contenté de constater la disparition de cette vésicule chez les mammifères, il a voulu savoir aussi s'il en était de même chez les oiseaux; et comme il a eu d'assez fréquentes occasions d'étudier l'œuf de l'autruche, il a pu se convaincre qu'à la place qu'occupait la vésicule de Purkinjé dans l'ovaire, il n'existe plus après la ponte qu'un amas de granules qu'elle seule peut avoir déposés. Du reste, il nous promet un mémoire spécial sur cette question fondamentale.

Maintenant, cette vésicule étant rompue, que devient l'œuf après avoir pénétré dans la cavité de la matrice? Le voici. Le vitellus se tranforme par la condensation des granules qui le composent en une vésicule particulière, et l'œuf se trouve alors composé de deux sphères emboîtées; l'une, la membrane *vitelline*, la plus extérieure, née dans l'ovaire; l'autre, intérieure, la vésicule blastodermique, développée après la conception et sous son influence. La dénomination par laquelle M. Coste désigne cette dernière vésicule indique assez qu'il en fait l'analogue du blastoderme des oiseaux; et, en effet, c'est dans son épaisseur que l'embryon et ses vaisseaux vont se manifester.

Vers la fin du sixième jour on voit apparaître dans un point de la surface externe de la vésicule blastodermique, un nuage circulaire qui n'est autre chose que le premier rudiment de l'embryon. Peu à peu ce nuage, en se développant, change de forme: il se renverse du côté de la queue, pour former le capuchon caudal, ou la peau du bassin, et, ramené des parties latérales, il converge vers l'ombilic pour constituer les parois abdominales. En se renversant ainsi ce nuage qui est la peau de l'embryon, renferme dans la cavité abdominale la portion de la vésicule blastodermique sur laquelle il se développe, et la transforme en une vessie inégalement bilobée, dont le plus petit lobe engagé dans l'abdomen formera l'intestin, et dont le plus grand saillant hors l'ombilic devient la vésicule ombilicale. Pendant ce temps la matrice exhale autour de l'œuf une couche pseudo-membraneuse, que M. Coste nomme *corticale* parce qu'elle est la plus extérieure de l'œuf, mais qu'il recommande de ne pas confondre comme l'a fait M. Boer avec la membrane *vitelline*.

Mais avant que ce dernier phénomène se manifeste, l'œuf, que le plus léger choc déplace et qui est par conséquent encore libre de toute adhérence, présente toujours le point de sa surface qui correspond à la tache embryonnaire, directement en regard avec la ligne vasculaire de la matrice, et de telle manière que le grand axe de l'embryon se trouve appliqué dans toute sa longueur sur cette même ligne. L'empressement que notre habile physiologiste a mis à recueillir ces faits, la persévérance avec laquelle il a travaillé à en saisir les détails, attestent assez tant le prix qu'il attache à leur découverte; et s'il n'a point encore conclu alors qu'il a tout disposé pour que le lecteur ne puisse échapper à la conclusion, c'est que placé sur un terrain nouveau, appliqué à des questions que le génie des plus grands philosophes n'a pu résoudre, il a senti le besoin sans doute de se renfermer dans les bornes d'une philosophie sévère, et de ne pas courir le risque en proclamant une conception trop hardie, de se voir accuser d'exagération. Comment, en effet, lorsqu'on voit un corps sphérique sans aspérités comme l'œuf, s'engager dans une cavité où nulle action mécanique ne peut le contraindre à prendre une position plutôt qu'une autre, venir pourtant s'y placer toujours d'une manière aussi rigoureusement déterminée que celle de l'aiguille aimantée dans le méridien magnétique; comment, dis-je, se soustraire à la conséquence que c'est sous l'influence de forces analogues qu'un semblable phénomène s'accomplit? On sera d'autant plus disposé à adopter cette opinion qu'on aura médité d'avantage l'important travail dans lequel MM. Coste et Delpech nous ont révélé, touchant la formation des embryons, des faits que nous étions accoutumés à considérer comme inaccessibles. Nous les voyons, en effet, réduisant le problème de la génération à une question d'électro-dynamique, attaquer de front la théorie surannée de la préexistence des germes qu'ils ruinent de fond en comble, et nous faire assister tantôt à l'arrangement méthodique des globules du jaune destinés à l'édification du système nerveux, tantôt

aux mouvemens réguliers des courans multipliés qui, traçant le système circulatoire, se concentrent en deux courans qui tendent à se confondre dans un courant unique, résultat de leur choc réciproque, qui sera le premier rudiment du cœur. Si donc, comme MM. Coste et Delpech en ont merveilleusement préparé la démonstration, tous ces mouvemens s'enchainent aux lois de l'électro-magnétisme, la constance de position de l'œuf des mammifères, où tout se passe comme chez les oiseaux, peut-elle nous étonner désormais ?

Enfin, vers le dixième jour, M. Coste a vu la vessie ovo-urinaire s'élancer hors de l'ombilic, entre la face interne du pubis et la vésicule ombilicale, contourner un des côtés de l'embryon pour venir s'appliquer sur le point de la matrice correspondant à la ligne mésentérique ou vasculaire, dont elle n'est séparée que par les membranes vitelline et corticale ; mais bientôt les vaisseaux ombilicaux commençant à se développer sur ses parois, elle perfore les membranes qui l'enveloppent, pour venir former le placenta par son adhérence à la matrice et le cordon ombilical chez les animaux qui en sont pourvus, par son enroulement en spirale. Ces faits, qui n'ont réellement pénétré dans la science que depuis les travaux de M. Coste, et dont l'importance pourrait paraître douteuse si on les envisageait isolément, deviennent une conquête précieuse et féconde, lorsque l'on considère qu'ils conduisent à démontrer, comme M. Coste vient de le faire dans un mémoire lu récemment à l'Académie des sciences, une rigoureuse analogie entre l'œuf des mammifères, des oiseaux, de la femme, et placent ainsi notre jeune savant à un point de vue assez élevé pour que, dominant tous les faits connus, il puisse les faire concourir tous à la découverte de la loi générale de la formation des êtres, vers laquelle ses recherches nous semblent les faire marcher à grands pas. Sans doute il lui reste encore beaucoup à faire avant d'atteindre le but ; sans doute le chemin qui s'ouvre devant lui est immense, périlleux, hérissé d'écueils ; et il faut plus que de la persévérance et du courage pour s'y engager avec éclat, pour saisir et soulever le voile qui couvre le mystérieux problème dont la solution doit fournir de précieuses révélations pour la pathologie, en dévoilant la loi des produits morbides par celle qui préside au développement normal de l'individu, celle de transmission des maladies héréditaires, en faisant connaître la part du mâle et de la femelle dans l'acte de la reproduction, et par conséquent aussi le moyen de les placer dans les conditions les plus favorables pour que l'amélioration des races, par le croisement, devienne la source la plus féconde des richesses publiques. Sans doute il faut plus que de la persévérance pour arriver à un semblable résultat, et M. Coste nous paraît à la hauteur d'une belle mission.

Ainsi une science nouvelle s'élève parmi nous : un homme jeune, entraîné par un sentiment d'avenir, en pose les bases à grands frais. Dans son dévouement, il poursuit aujourd'hui sur un troupeau des brebis de expériences qui nous rappellent celles que la munificence de Charles Ier, roi d'Angleterre, permit au grand Harvey de réaliser. Espérons qu'on ne laissera pas M. Coste à ses propres ressources, et qu'après avoir mis à sa disposition tous les moyens d'exécution, le gouvernement s'empressera d'instituer au Collége-de-France un enseignement d'*embryogénie* dont le besoin se fait vivement sentir aujourd'hui, et qu'en élevant ainsi un homme de talent à une position convenable, il en encouragera d'autres à se développer dans une direction qui doit conserver à la France le sceptre scientifique que l'Allemagne lui dispute.

DUPUY,
Membre de l'Académie royale de médecine.

Traité complet d'anatomie descriptive et raisonnée ; par BROC, *docteur en médecine, professeur d'anatomie, de physiologie et de médecine-opératoire. Paris*, 1833 ; in-8° Tome Ier Chez Just-Rouvier et Le Bouvier.

Cet ouvrage, que des circonstances particulières et du reste assez indifférentes à nos lecteurs, nous ont empêché d'analyser aussi promptement que nous l'eussions désiré, mériterait, à cause des questions de philosophie qu'il soulève, plus d'attention qu'il n'est possible de lui en accorder dans une courte mention de journal. Peut-être aussi, pour être mieux jugé, le livre de M. Broc demanderait-il d'être achevé, ou du moins d'être plus avancé. Quoi qu'il en soit, nous allons essayer de rendre compte de ce premier volume, nous réservant de revenir sur le jugement que nous en porterons lorsque l'ouvrage sera terminé. Cette réserve nous est d'autant plus commandée, que le titre pourrait facilement induire en erreur sur l'œuvre de M. Broc, et que le sujet en est traité d'une manière toute nouvelle. Aussi, dit-il dans une préface intitulée : *Avis essentiel*, « cette première partie de mon ouvrage ne ressemble en rien à aucun traité d'anatomie : la méthode, la matière, l'objet, le style, tout offre un caractère propre, spécial. . » Laissant donc de côté le titre, voyons ce qu'a fait M. Broc.

Le but de l'auteur est de donner une connaissance de l'homme, de décrire les parties matérielles ou organes qui donnent lieu aux phénomènes ou fonctions dont il est doué. Partant du principe que les connaissances doivent être présentées de la manière dont l'esprit s'exerce, et que cette manière est la même chez tous les hommes, il pense que la méthode à suivre dans l'enseignement de toute science doit consister à commencer par l'étude de l'ensemble et des grandes masses, et à descendre graduellement aux détails, à moins que les choses soient si simples qu'on n'y rencontre presque rien de ce qui a rapport à l'ordre, à la succession, à l'enchaînement, et que l'on voie tout d'un coup d'œil simultané ; car alors il est indifférent par où l'on commence. Mais lorsque les choses sont composées de parties nombreuses différentes les unes des autres, compliquées surtout par leur arrangement, et que l'esprit ne peut tout embrasser à-la-fois, il les examine d'une manière lente et successive, passant d'un premier aperçu à un second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le besoin satisfait vienne mettre un terme à l'observation, qui peut être indéfiniment poursuivie. Or, il examine d'abord l'ensemble, ainsi que les grandes dispositions, et il n'examine que cela ;

car, soit paresse, soit impuissance, l'esprit cherche toujours à s'emparer de ce qui lui offre moins de difficulté; et il est évident que ce sont les grandes masses qu'il saisit le plus aisément, d'abord par cela même qu'elles sont grandes, et ensuite parce qu'elles sont très-peu nombreuses. Un second examen porte d'une manière plus particulière sur chacune des divisions principales des grandes masses, comme le premier a eu lieu sur ces dernières, ainsi que sur leur réunion. Chacune des parties les plus remarquables des groupes secondaires devient l'objet d'un troisième examen, ainsi que ces groupes eux-mêmes l'ont été du second. Un quatrième lui succède, et d'autres, jusqu'à ce que les choses soient convenablement étudiées.

Quoique ces opérations se ressemblent parfaitement, elles deviennent plus longues, plus difficiles, et souvent moins instructives, à mesure qu'on avance : plus longues, parce qu'il y a plus de parties à examiner; plus difficiles, parce que les comparaisons qui doivent toujours être établies entre les choses qu'on observe, sont d'autant moins aisées que le nombre de ces choses est plus considérable; moins instructives, parce que plus l'attention est disséminée, moins les idées acquises ont d'exactitude et de netteté, et moins aussi elles séjournent dans l'esprit. C'est pourquoi les divisions perdent de leur valeur à mesure qu'elles se multiplient; gardons-nous de les étendre au-delà du besoin.

Observons qu'il existe un rapport frappant entre la complication toujours croissante des divers examens auxquels l'esprit se livre et les degrés d'aptitude que celui-ci acquiert progressivement. Au premier examen, ce que l'on considère est grand, bien prononcé, facile par conséquent à saisir, et pour en apprécier la disposition il n'est besoin de se livrer à aucun effort : mais aussi on ne sait rien encore; on est moins apte à observer qu'on ne le sera jamais, et la moindre complication pourrait répandre partout le trouble et la confusion. Au second, les choses sont plus petites, plus nombreuses; leurs relations se sont multipliées, et l'appréciation des unes et des autres offre une certaine difficulté. Mais les premières observations faites ont rendu plus apte à en faire de nouvelles; dans ce qu'on a vu, on a appris ce qu'actuellement on considère, et l'exercice présent a été rendu plus facile par l'exercice antérieur. Enfin, au dernier examen se déploie une multitude d'objets dont la progression croissante pour le nombre et décroissante pour l'étendue, se termine à l'insensible et fugitif détail; de sorte que le travail intellectuel devient aussi difficile qu'il puisse l'être. Mais l'esprit, qui a plusieurs fois observé, s'exerce déjà sous l'heureuse influence de l'habitude; il embrasse d'un seul coup-d'œil une foule de dispositions autour desquelles se traînait auparavant son faible et timide regard; il saisit mieux les rapports des groupes, des détails, qu'il ne saisissait d'abord ceux de deux masses. (*Considérations préliminaires*).

Conséquemment à cette idée, M. Broc ne donne, dans ce premier volume, qu'une esquisse de la structure de l'homme, q'une indication de ses nombreux organes; et comme il parle de leurs fonctions, il en donne aussi le tableau; mais ce tableau est plus étendu que celui qui est consacré à montrer les organes eux-mêmes; enfin, comme l'auteur partage l'histoire de l'homme en deux sections, 1° le corps, 2° l'entendement, il en résulte qu'il y a dans son premier volume beaucoup plus de physiologie, et en particulier d'idéologie, que d'anatomie. Néanmoins, si l'intention de M. Broc est de consacrer les trois autres volumes à l'anatomie exclusivement, il lui reste encore assez de place pour la bien traiter.

Il y a certainement un grand fond de vérité dans ce que dit M. Broc sur la manière naturelle à l'homme d'étudier; mais, cependant il y a aussi quelque chose d'inexact. Il est vrai que, lorsque l'homme jette les yeux sur un tableau dont il peut embrasser l'ensemble, il n'aperçoit souvent d'abord que les principales divisions, les principaux groupes du tableau; que s'il l'étudie davantage, il en observe les divisions secondaires, et ainsi de suite les détails les plus minutieux. Mais il est certain aussi que l'homme procède rarement avec autant de méthode, et que, si les principaux groupes le frappent beaucoup, il s'arrête pourtant davantage à de jolies figures de détails qui le frappent beaucoup plus encore; ensorte, qu'alors il ne suit d'autre règle que son goût, son plaisir, et quelquefois le hasard dans l'examen du tableau qu'il a sous les yeux.

L'homme suit encore cette marche quand il observe pour la première fois un objet très-étendu dont ses yeux *ne peuvent point embrasser l'ensemble*. Ainsi, pour prendre l'exemple même de M. Broc, l'homme qui visite Paris pour la première fois *ne s'en forme pas d'abord*, comme l'auteur le croit, *le plan le plus simple et à peu-près vide de particularités*. Il n'y voit d'abord qu'un amas de maisons séparées par des rues, des places et même une grande rivière; mais il ne pourra saisir de rapports d'ensemble entre ces rues, ces places, cette rivière, qu'après une multitude d'observations de détails; et s'il ne s'aide point du plan de Paris, s'il n'a d'autre méthode d'étudier que *la méthode de hasard* de la plupart des gens du monde, il pourra passer des années à Paris avant de pouvoir s'en former un plan très-simple, c'est-à-dire avant de pouvoir en donner à-peu-près la circonscription et les six, huit ou douze divisions principales. Cela est si vrai, que la plupart de nous serions aujourd'hui fort embarrassés de le faire avec quelque exactitude, si nous n'avions un plan de Paris sous les yeux. Cependant que de connaissances de détails ne possédons-nous pas sur ce sujet! Dans la plupart des cas et dans celui qu'a supposé M. Broc, l'esprit humain procède successivement, et tour à tour, des détails à l'ensemble, et de l'ensemble aux détails. Tout cela, au reste, n'empêche pas la méthode de M. Broc d'offrir des avantages. Néanmoins elle n'est peut-être nécessaire que chez l'enfant, comme l'a déjà pensé M. Gerdy, qui, d'après ses méditations sur les diverses méthodes d'enseignement, avait été conduit dès 1830 à proposer celle-ci dans ce cas. (Voy. *Physiol. méd*, Introd. Pag. cxij).

Dans la première section de son ouvrage, l'auteur, à l'occasion du corps de l'homme, parle donc successivement d'une manière sommaire des organes de la vie de relation, de ceux de la vie intérieure et de la vie de l'espèce ou de reproduction, et des fonctions de ces organes. La manière de l'auteur consiste principalement, après avoir esquissé son sujet à grands traits, à se servir de comparaisons avec les choses usuelles; comparaisons qui peuvent quelquefois paraître triviales à ceux qui connaissent le sujet, mais qui sont

très-propres à en faciliter l'intelligence aux personnes à qui il est étranger. La seconde section, qui a pour titre *Entendement*, est exclusivement consacrée à ce sujet, et y tient beaucoup trop de place, à notre avis, pour un ouvrage d'anatomie.

Le style de l'ouvrage est brillant, plein d'imagination. On y trouve des pages éloquentes et beaucoup de pensées ingénieuses, de remarques fines et délicates, quelquefois profondes. Mais, nous sommes obligé de le dire, il y a de ces pages qui sont deplacées, dans un ouvrage scientifiqne, soit parce que le style en est trop recherché et souvent de mauvais goût, soit parce que l'auteur paraphrase, amplifie et représente, sous toutes sortes de formes, la même idée. Quelque juste et profonde que soit une pensée, elle n'est jamais mieux présentée, elle n'a jamais plus de force que lorsqu'elle est aussi laconiquement que clairement exprimée. Une pensée heureuse est un mets délicat et choisi que l'on ne doit jamais offrir sous trop de formes, de peur qu'il ne perde de son prix et n'inspire un sentiment de satiété.

Au reste, nous ne doutons pas que M. Broc ne prenne un style plus sévère dans les volumes suivans. A défaut de bonne volonté la nécessité l'y forcerait. Il n'est pas possible de décrire des détails en style brillant. On ne peut chercher alors que la clarté, la simplicité, la précision ; et bien heureux celui qui les peut rencontrer !

Nous reviendrons, comme nous l'avons déjà dit, nécessairement sur cet ouvrage, qui annonce un esprit original et de haute portée, un très-grand et très-beau talent.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 26 août.

REMÈDES SECRETS. — Après la lecture de la correspondance, qui contient plusieurs lettres du ministre qui désire avoir l'avis de l'Académie sur divers remèdes secrets, M. Cornac s'étonne qu'après avoir demandé l'opinion de l'Académie sur les pois de M. Frigério, le ministre ait accordé, malgré la décision contraire, un brevet d'invention à ce pharmacien. Il en a été de même pour un *sel digestif de Vichy*, qui avait été reprouvé de l'Académie. Il est répondu à M. Cornac que les brevets ne dépendent pas des opinions des sociétés savantes, que tout le monde peut en obtenir en payant; qu'en outre, l'Académie n'étant qu'un corps consultatif, ses décisions ne peuvent faire loi pour le ministre. Le conseil d'administration devra s'occuper de cette question et écrire au ministre, s'il y a lieu.

— Le même membre fait un rapport au nom de la commission chargée d'examiner dans quelle section devra être nommé un membre titulaire, par suite de l'extinction de trois membres, de M. Maret, de la section de pathologie chirurgicale, de M. Wenzel, de la section de la médecine opératoire, de M. Maygrier, de celle d'accouchemens. La commission considérant que la section de pathologie chirurgicale est composée de 13 membres, et que des deux autres également composées de 7, la section de médecine opératoire a plus de travaux à examiner, propose de nommer le nouveau membre pour celle-ci; ce qui est adopté.

A l'occasion de la demande de M. Paul Dubois, de passer de la section de pathologie chirurgicale dans celle d'accouchemens, demande qui est refusée, plusieurs membres remarquent combien est vicieuse la nouvelle organisation de l'Académie et combien elle nuit à ses travaux. On demande qu'une commission soit nommée pour examiner cette question. D'autres membres réclament l'ordre du jour, qui est prononcé.

— M. Henry fils est nommé, à la majorité de 50 voix sur 51, chef des travaux chimiques de l'Académie.

ANENCÉPHALIE. — M. Velpeau présente un fœtus anencéphale reçu il y a huit jours par Mme. Mercier, sage-femme aux Batignolles. Ce fœtus, qui a été extrait par la version, respira et cria après sa naissance; il vécut trente-six heures. Un tubercule à trois lobes tenait la place de l'encéphale. Les yeux étaient extrêmement écartés, et il y avait deux nez avec une cloison pour chacun.

PRIX PORTAL. — M. le secrétaire lit, au nom de M. Andral, le rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés pour le prix PORTAL. (*Quelle a été l'influence de l'anatomie-pathologique sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours.*) Les deux mémoires qui ont été envoyés, quoique présentant des vues ingénieuses, n'ont pas paru mériter le prix ni l'un ni l'autre. La commission propose de remettre la question au concours pour l'année prochaine, en doublant la valeur du prix. Cette proposition est adoptée.

— M. Gasc a la parole pour une motion, appuyée de 84 membres titulaires de l'Académie. Il expose les inconvéniens qu'il y a à avoir plusieurs ordres de membres, et demande que l'on nomme une commission pour examiner s'il ne conviendrait pas de donner aux adjoints le même rang qu'aux titulaires. — Renvoyé au conseil d'administration.

LITHOTRITIE. — M. Civiale lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Quelques remarques sur la lithotritie.* L'auteur se propose de comparer la pince à trois branches qu'on cherche à déprécier, avec le percuteur de M. Heurteloup, auquel il dit rendre pleine justice, mais dont il croit qu'on a exagéré la supériorité. Il ne croit pas que le premier de ces instrumens doive être proscrit, et que le second puisse être indistinctement appliqué à tous les cas. 1° Dans tous les cas de petits calculs, dans ceux de grosses pierres friables, et lorsque les pierres dures ont été réduites en gros fragmens, l'emploi de la pince à trois branches et du procédé ordinaire fournit les résultats les plus satisfaisans; le corps étranger est écrasé, comminué par une pression instantanée que le chirurgien exerce avec la main. M. Civiale cite un grand nombre de cas dans lesquels il a ainsi terminé l'opération en une seule séance de moins de cinq minutes.

2° Lorsque le calcul est plus gros et très-dur, la pression seule ne suffit pas, il faut attaquer la pierre d'une autre manière; il faut la perforer, l'évider, afin de rendre son écrasement plus facile. L'opération se complique alors en raison de la grosseur du calcul, dont la destruction exige plusieurs séances. Cependant la lithotritie offre encore des avantages réels, car les opérations sont moins douloureuses et aussi moins répétées qu'on ne le dit. En prenant le terme moyen des séances, sur 244 malades opérés par M. Civiale, on trouve quatre séances et une fraction pour chaque malade. M. Civiale remarque qu'il est bon de rappeler qu'il fait des séances très-courtes; depuis long-temps il s'est convaincu de l'avantage d'agir ainsi, c'est le moyen d'éviter les accidens qui résultent de l'oubli de ce précepte. Dans tous les cas, les perforations ne sont employées que comme un moyen préliminaire pour favoriser l'écrasement, le brisement. C'est donc bien à tort, dit M. Civiale, que l'on fait consister toute la manœuvre de la lithotritie dans les perforations successives. Elles sont généralement reservées pour les cas de pierres grosses et dures. Le traitement est alors long, douloureux : de nombreuses séances sont nécessaires avant que la pierre éclate. L'auteur accorde dans ces cas la préférence au procédé de la percussion, parce qu'il est plus prompt et qu'il agran-

dit la sphère d'application de la lithotritie. Sous ce rapport seulement le nouveau système lui paraît une amélioration incontestable, qu'il s'est empressé d'adopter et de modifier selon le besoin.

Après avoir précisé l'application de chaque procédé, spécifié les cas où chacun d'eux doit être préféré, M. Civiale s'exprime ainsi au sujet de la différence que présente la manœuvre dans l'un et l'autre cas. « S'agit-il de saisir la pierre, les trois branches du lithotabe, en se rapprochant, tendent à la ramener vers le centre; elle ne peut s'échapper ni par les ouvertures latérales, dont la grandeur diminue à mesure qu'on ferme l'instrument, ni par l'ouverture antérieure, où elle est retenue par les crochets. Ainsi toutes les fois que la pierre a peu de volume, elle est saisie avec promptitude et fixée avec solidité. Ce résultat est dû au mécanisme de l'instrument lui-même, qui fait connaître aussi avec précision la position de la pierre dans la pince.

» Lorsqu'au contraire on emploie une pince à deux branches, on éprouve toujours une certaine difficulté pour constater la position du calcul relativement à l'instrument; on ne peut savoir préalablement de quelle manière il est placé dans la pince, et dans les mouvemens qu'on fait pour le fixer, les deux branches, en se rapprochant, tendent à le chasser du côté où il ne rencontre aucune résistance; aussi s'échappe-t-il surtout si la pierre n'est pas plate, et si les deux branches ne s'appliquent pas justement sur le milieu. Cette partie de l'opération est abandonnée au hasard, et il n'y a pas de manœuvre à l'aide de laquelle on puisse sûrement saisir la pince par le centre plutôt que par les autres points. Indépendamment de cette fâcheuse incertitude, il y a des douleurs vives auxquelles on ne peut soustraire le malade, et qui sont le résultat du mécanisme du nouvel instrument. Chaque fois qu'on veut s'assurer si la pierre est dans la pince, on est obligé d'en rapprocher les branches; si elle n'y est pas, ou si elle s'en échappe, il faut les écarter de nouveau, et ainsi de suite; on ferme et on ouvre successivement l'appareil, jusqu'à ce que la pierre y soit invariablement placée. Dans ces mouvemens de va-et-vient, d'avant en arrière et de demi-rotation, les douleurs sont vives, quelquefois intolérables, tandis que par l'emploi de l'appareil ordinaire, on ne ferme les pinces qu'après s'être assuré, au moyen du lithotriteur, que le calcul est dans l'instrument. Cette partie de la manœuvre ne me paraît pas avoir assez fixé l'attention des observateurs; elle est pourtant remarquable par le peu de douleur qu'elle produit et par la précision avec laquelle on procède.

» Faut-il écraser la pierre? Les moyens que j'emploie, dit M. Civiale, pour les cas de petits calculs, permettent d'agir instantanément, sans secousses, sans mouvemens de l'appareil, sans rien changer ni rien ajouter. La main seule du chirurgien, appliquée sur le cuivrot, et prenant un point d'appui sur la rondelle du lithotabe, suffit pour écraser le calcul entre la tête du lithotriteur et les crochets des branches. Le chirurgien connaît avec précision le degré de force qu'il emploie; elle est, pour ainsi dire, identifiée avec sa main; il la modère à son gré. Par le nouveau procédé, au contraire, la pression et la percussion ne s'exécutent que par une force brute qu'il est impossible de maîtriser et de graduer convenablement, dont l'emploi exige des changemens, des additions, ce qui complique la manœuvre, la rend lente et incertaine; il y a du temps de perdu et le séjour de l'instrument dans la vessie se trouve prolongé au détriment du malade.

» S'agit-il de très-petits calculs, des derniers fragmens de la pierre, d'en faire l'extraction dans le cas de paralysie de la vessie, de constater la guérison, l'insuffisance, l'inutilité des nouveaux instrumens devient plus évidente encore; il n'y a même plus de parallèle à établir

» Veut-on, au contraire, détruire une pierre dure ou volumineuse, l'instrument à trois branches et le procédé ordinaire sont d'une application difficile, douloureuse, d'une action lente. Ils deviennent même inutiles lorsque la grosseur et la dureté se trouvent réunies dans la même pierre; l'emploi du percuteur doit être préféré toujours pour commencer l'opération. »

C'est en combinant ainsi divers systèmes que l'on pourra parvenir, suivant M. Civiale, aux plus heureux résultats.

Séance publique annuelle.

Cette séance solennelle a eu lieu le 2 septembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. M. Renauldin, secrétaire, a commencé par lire le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année; puis on a proclamé les noms des médecins auxquels l'Académie a accordé des prix pour la vaccine, et les sujets de prix pour l'année 1835. La séance a été terminée par l'éloge de Portal, lu par M. Pariset, secrétaire-perpétuel. Cet éloge, dans lequel on retrouve le talent ordinaire de M. Pariset, a excité de vifs applaudissemens à diverses reprises.

Séance du 9 septembre.

AFFECTION DU CERVELET. — M. Bouillaud lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. Carré, de Briançon, à l'Académie, ayant pour titre : *Considérations physiologiques et pathologiques sur le cervelet.* L'auteur, s'appuyant sur un fait observé par lui de suppuration des 5/6 du cervelet, sans qu'il y ait aucune altération appréciable dans les fonctions animales et organiques, conteste les usages qu'on a récemment attribués à cet organe. M. Bouillaud regarde ce fait comme peu croyable, et en conteste l'authenticité.

— M. Gérardin fait un rapport verbal sur divers mémoires imprimés adressés par le professeur Regnoli, de Pise. Nous avons déjà publié un extrait de l'excellent mémoire de ce chirurgien, sur l'hydrocèle chez la femme. Nous nous proposons de rendre compte des autres.

BOUTS DE SEIN ET BIBERONS EN LIÉGE DE M. DARBO. — M. Velpeau fait un rapport favorable sur ces instrumens. Il rappelle que M. Beneux qui en avait été chargé, et qui en avait commencé la lecture, jugea à propos de le retirer. La nouvelle commission a adopté le fonds et presque l'expression textuelle du jugement de la première.

TUMEUR POLYPIFORME DU CŒUR. — M. Bricheteau pré-

sente une tumeur du volume d'une noix, rougeâtre, trouvée dans l'oreillette droite du cœur d'un individu atteint d'une dilatation sans hypertrophie du ventricule gauche. Cette tumeur semblait adhérer par un pédicule aux parois de la cavité ; mais elle s'en était séparée lorsqu'on avait voulu l'examiner. Incisée suivant sa longueur, elle offrit du pus à son centre. Elle semblait formée de couches concentriques de fibrine comme celles qu'on rencontre dans les anciens anévrysmes.

ACARUS DE LA GALE. — M. Renucci lit une note sur cet insecte. Si je n'ai pas le mérite d'avoir le premier découvert cet *acarus*, dit M. Renucci, du moins m'accordera-t-on d'avoir dissipé tous les doutes que les meilleurs esprits élevaient sur sa réalité, et d'avoir appris le moyen de le découvrir à coup sûr. En 1815, suivant en Corse la pratique d'un de ses frères, M. Renucci eut l'occasion d'observer un grand nombre de galeux, et de voir les femmes du peuple pratiquer, dans ce cas, l'extraction de l'*acarus*, nommé vulgairement dans le pays *pedicello*. M. Renucci, apprenant que l'existence de cet insecte était niée sur le continent par un grand nombre de savans distingués, s'exerça à le chercher, et parvint à déterminer les signes qui pouvaient mettre sur sa trace. C'est faute d'avoir su le *lieu d'élection* qu'il affecte, qu'on l'a souvent cherché en vain, et que d'autres, après l'avoir découvert une fois par hasard, n'ont pu réussir ensuite, et se sont vus contraints, lorsqu'ils ont voulu le faire connaître, à figurer l'*acarus* du fromage. De Geer, ajoute-t-il, est le seul auteur qui en ait donné une bonne figure, et encore l'animal qu'il a représenté semblerait être plutôt l'*acarus* de la gale du cheval que celui de la gale de l'homme. L'auteur expose ensuite comment il a été conduit à parler à M. Alibert de la découverte qu'il avait faite, l'annonce qui en eut lieu dans un journal de médecine, les doutes qui furent exprimés, et enfin les expériences qui se firent à la clinique de M. le Dr Emery, expériences qui convainquirent même les plus incrédules. L'auteur termine par l'indication des signes à l'aide desquels on peut découvrir l'*acarus* : on examine, dit-il, les vésicules d'un galeux récemment affecté et non encore soumis au traitement (cette double condition est nécessaire pour qu'on soit certain de réussir) ; on voit à la base de la vésicule des sillons qui se dirigent en différens sens, tantôt montant vers le sillon de la vésicule, tantôt la contournant et tantôt s'en écarter pour se prolonger sous la peau environnante. A l'extrémité de ce sillon, la plus éloignée de la vésicule, on trouve ordinairement un point blanc visible à l'œil nu. Ce point blanc, où l'épiderme est légèrement soulevé, correspond à la partie postérieure de l'insecte. Dans les pays chauds j'ai pu, ajoute-t-il, distinguer la tête, qui est représentée par un point brunâtre. Toutes les fois que l'un ou l'autre de ces points est visible, il est à-peu-près certain qu'on trouve l'insecte. Il convient alors pour l'extraire de percer l'épiderme à l'aide d'une aiguille, à une demi-ligne à peu-près du point blanc, en se dirigeant vers l'épiderme que l'on déchire, après quoi l'insecte mis à découvert est aisément enlevé. On le trouve assez souvent à la base de la vésicule, quelquefois sur les côtés, mais très-rarement ou presque jamais à son sommet. Voilà pourquoi ceux qui l'ont cherché avec tant de persévérance, soit dans ce point, soit dans le fluide de la vésicule, ont été conduits par l'inutilité de leurs recherches à en nier l'existence (1).

Séance du 16 septembre.

CORPS ÉTRANGER DU GENOU. — M. Velpeau fait un rapport sur l'observation présentée par M. Bourse. Il pense que le corps extrait de l'articulation était un fragment détaché du condyle externe du fémur. Le mémoire et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

ACARUS DE LA GALE. — M. Emery lit une note sur quelques expériences faites à l'hôpital Saint-Louis, par M. Albin Gras, son élève, sur l'*acarus de la gale*, pour démontrer si l'insecte, dont on a démontré l'existence, est la cause de l'affection psorique, ou si, au contraire, il n'en est qu'un épiphénomène. Trois expériences ont été faites : Dans la première on a placé deux *acarus* vivans sur la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras, recouverts, comme l'avait fait M. Galès, d'un verre de montre fixé à l'aide d'un bandage. Deux jours après, ayant levé l'appareil, on vit deux sillons longs d'une demi-ligne, terminés par deux points blancs qui indiquaient la présence de l'*acarus*. On remplaça alors le verre de montre, qui gênait, par un morceau de linge fin, recouvert et maintenu par du sparadrap de diachylon. Six jours après, les points blancs et les sillons avaient disparu. L'expérimentateur avait éprouvé pendant ce temps un peu de démangeaison. — Dans la deuxième expérience, sept *acarus* furent placés également sur l'avant-bras, à la partie inférieure, et recouverts d'un linge fin et de diachylon. Quatre jours après, existaient quatre à cinq sillons. On retira, à deux fois, des *acarus* qui furent trouvés bien vivans et furent replacés. Au bout de treize jours, deux vésicules s'étaient développées autour des sillons après quelque démangeaison. Deux jours après il s'était manifesté de nouvelles vésicules près des sillons. La sérosité de quelques-unes commençait à se troubler. — Dans la troisième expérience enfin, on plaça six *acarus* sur l'annulaire qui fut recouvert d'un doigt de gant. Le lendemain, sans qu'il y ait eu de démangeaison, on trouva deux petits sillons au bord radial du doigt. Six jours après, ces sillons avaient une demi-ligne de long, et il ne s'était pas encore développé de vésicules. — L'auteur remarque qu'on ne peut attribuer le développement des vésicules à l'action du diachylon, puisqu'elles n'existaient pas dans les points où le diachylon était en contact avec la peau, dans la deuxième expérience. Elles ne peuvent non plus résulter du contact des galeux, puisqu'il n'y en avait qu'aux parties qui avaient été recouvertes par le linge et le sparadrap. Ces expériences, avance l'auteur, comparées à celles qu'on a faites avec le liquide des vésicules, tendent à démontrer que l'*acarus* est la cause réelle de la gale. — Une discussion s'élève à ce sujet. M. Duméril rappelle les

---

(1) Tout ce qui peut assurer actuellement l'existence de l'*acarus* paraît se réunir : conformité des anciennes observations sur cet insecte avec les nouvelles, connaissance des causes d'erreurs qui ont égaré les observateurs, authenticité des recherches récentes.

expériences de M. Galès, qui a extrait devant lui le ciron de la gale. Il ignore comment il s'est fait que le dessinateur s'est mépris et a donné la figure du ciron du fromage, figure qu'il a copiée lui-même. Du reste, l'*acarus* avait été trouvé alors et bien auparavant : Cestoni en avait donné une figure exacte. M. Emery répond qu'il était impossible à M. Galès de trouver l'*acarus* là où il le cherchait et disait l'avoir trouvé dans le liquide de la vésicule, qu'il délayait dans l'eau et examinait au microscope. On a depuis ouvert des milliers de vésicules, et on n'y a rien trouvé. En tous cas l'existence de l'*acarus* était révoquée en doute, et M. Renucci l'a démontrée.

LITHOTRITIE. — M. Leroy lit une note sur l'opportunité de cette opération chez les enfans en bas-âge. Il donne le récit de cinq opérations de lithotritie faites par lui avec succès dans quatre cas, sur des enfans de moins de six ans. Il pense qu'on ne peut pas encore, d'après les faits, déterminer d'une manière précise la convenance de cette opération qui, contrairement à la lithotomie, paraît avoir plus de chances de succès, à mesure qu'on la fait à un âge plus avancé. Nous reviendrons sur ce sujet, à l'occasion du rapport qui sera fait sur cette communication.

LITHOTOMIE SUS-PUBIENNE. — M. Souberbielle lit un mémoire sur ce sujet : il indique les opérations qu'il a faites depuis sa dernière communication à l'Académie, et cherche à démontrer les avantages de la lithotomie sus-pubienne sur la lithotritie. Un rapport sera fait sur ce travail.

SYPHON CONTINU. — M. Ricard présente, au nom de M. Sawayer, médecin américain, un instrument désigné sous ce nom et destiné à épuiser l'urine de la vessie à mesure qu'elle y arrive.

— M. Velpeau présente un enfant né récemment, et qui porte une exstrophie de vessie.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 11 *août.*

— ANALYSE CHIMIQUE DU CERVEAU. — M. Dumas fait en son nom et en celui de MM. Thénard et Chevreul, un rapport sur un mémoire de M. Couerbe, relatif au cerveau, considéré sous le point de vue chimique et physiologique. Le rapporteur commence par rappeler ici les principaux travaux des chimistes sur le cerveau. Ainsi Fourcroy, en 1793, montra que cet organe renferme, outre beaucoup d'eau, une matière analogue à l'albumine, et divers phosphates. Il y indiqua aussi la présence du soufre et d'une matière analogue à la cholestérine. Dix ans plus tard, Jourdan fit voir que le cerveau incinéré donne de l'acide phosphorique libre, quoiqu'il n'en présente point à l'état frais. Ce fait, qui pouvait s'expliquer par la présence d'un peu de phosphate d'ammoniaque dans le cerveau, attira peu l'attention. Mais en 1812, Vauquelin montra que le cerveau renferme du phosphore en nature, ou au moins qu'il n'est ni à l'état de sel ni à celui d'acide, et doit par conséquent être uni aux élémens de la matière animale. Il isola en outre, des autres matières que renferme ce organe, deux substances grasses dans lesquelles le phosphore se trouve confiné. Plus tard, M. John chercha à faire voir que la substance phosphorée est particulière au cerveau de l'homme, ce qui ne s'accorde pas avec les expériences de Vauquelin, qui en a trouvé dans la cervelle du veau. Suivant M. Couerbe, qui se rapproche en quelque sorte des idées de M. John, le phosphore serait un élément d'une bien haute importance, car sa juste proportion serait absolument indispensable au plein exercice des fonctions intellectuelles. En excès il produirait la folie, en défaut l'idiotisme. Les commissaires n'ont pu faire les expériences très-nombreuses qui eussent été nécessaires pour vérifier une pareille assertion.

Une portion plus positive du travail de M. Couerbe, et celle qui a fixé l'attention des commissaires, c'est l'étude et l'analyse des matières grasses du cerveau. L'auteur en reconnaît cinq, dont quatre seraient à la fois chargées de soufre, de phosphore et d'azote. La cinquième, privée de ces trois élémens, ne diffère point de la cholestérine ou matière grasse des calculs biliaires. Des quatre premières, deux sont *isométriques*, mais ont des propriétés et des caractères très-différens. L'auteur les désigne sous les noms de *céphalote* et de *éléencephol*. Celle qu'il nomme *cérebrote* en diffère seulement par 0,01 de carbone et 0,01 d'hydrogène en plus. La quatrième, la *stéaroconote*, contient beaucoup moins de carbone et beaucoup d'azote. Suivant M. Couerbe, la cérébrote provenant d'un cerveau sain renferme de 2 à 3 pour 100 de phosphore ; d'un cerveau d'aliéné, de 3 à 5 ; d'un cerveau d'idiot ou de vieillard, moins que dans le premier cas.

La cholestérine, comme on l'a vu ; avait été trouvée par Fourcroy. La cérébrote pure avait été reconnue par Kuhn, qui avait aussi entrevu la céphalote. Le stéaroconote est une matière nouvelle. L'éléencéphol était déjà connue de Vauquelin. Dans leurs conclusions, les commissaires, considérant que l'auteur du mémoire fait mieux connaître le nombre et la nature des matières grasses du cerveau, qu'il en donne la composition élémentaire, et y prouve la présence du soufre qu'on n'y soupçonnait pas, proposent l'insertion de ce travail dans le recueil des savans étrangers.

MÉCANISME DES BRUITS DU COEUR. — M. Magendie lit la seconde partie d'un mémoire sur ce sujet. Les faits et les expériences, rapportés dans la première partie, comme on peut le voir dans l'analyse que nous en avons donnée, tendent à établir que ces phénomènes sont les résultats, non de l'action du sang sur le cœur ou les grosses artères, non du déplacement des valvules cardiaques ou artérielles, mais d'un double choc qu'exerce le cœur sur les parois du thorax ; l'un de ces chocs ayant lieu par la pointe de l'organe à l'instant de la contraction des ventricules, l'autre par sa face antérieure au moment de leur dilatation. Si le mécanisme qui produit les sons normaux du cœur est aussi simple et dans une dépendance aussi directe des lois de l'acoustique, ne peut-on pas espérer d'arriver à une explication plausible des nombreuses modifications que les maladies apportent dans la fréquence, l'intensité, les caractères de ces bruits ; modifications qui acquièrent chaque jour plus d'importance, puisque souvent, par leur secours et leur comparaison, le médecin distingue et apprécie les diverses lésions organiques du cœur. Cette nouvelle application de la physique à la médecine

est le sujet que M. Magendie traite dans la seconde partie de son mémoire.

Les modifications principales apportées par les maladies dans les bruits cardiaques, sont relatives, soit à leur fréquence, soit à leur régularité, soit à l'intensité.

L'augmentation ou la diminution de la fréquence dépendent purement de l'accélération ou du retardement des mouvemens du cœur. Il en est de même à-peu-près pour l'intensité : toute cause morale ou organique qui donne plus de force aux chocs du cœur sur les parois thoraciques, accroîtra l'intensité des bruits. Cet accroissement est quelquefois si considérable, que les bruits cardiaques peuvent être entendus à une certaine distance, dans une pièce voisine, par exemple, et qu'ils causent au lit et à l'alcove où est couché le malade, un ébranlement très-sensible. Les cas de cette nature s'observent chez des personnes maigres dont le cœur vigoureux frappe avec énergie sur une poitrine spacieuse et sonore, et développe des sons dont l'intensité représente la violence des chocs qui les ont produits, et les qualités physiques du corps choqué.

Lorsqu'au contraire, les battemens du cœur sont très-affaiblis et presque nuls, ainsi que cela s'est observé souvent dans la période algide du choléra, les bruits du cœur cessent de se faire entendre. Mais ces bruits disparaissent aussi quelquefois, quoique le cœur fonctionne d'une manière régulière et continue à entretenir le cours circulaire du sang. Ce fait, dans la plupart des hypothèses précédemment proposées, parait inexplicable. En effet, si les bruits du cœur étaient produits par un mécanisme quelconque dans l'intérieur de cet organe commun, quoiqu'il continuât toujours à agir, et quelquefois avec une grande énergie, ces bruits pourraient-ils cesser d'être perceptibles ? Il faudrait donc que les parties qui l'entourent fussent devenues impropres à transmettre des ébranlemens sonores, ce qui ne semble pas admissible. Dans les nouvelles théories, au contraire, ce fait ne présente aucune difficulté. Les causes qui s'opposent au développement des bruits cardiaques sont diverses, mais toutes cependant se réduisent, en dernière analyse, à produire la suppression du choc du cœur sur les parois thoraciques. Ainsi, dans l'hypertrophie du cœur, lorsque la maladie est au premier degré, il y a, pendant un temps, une élévation graduelle de l'intensité des bruits, qui résulte évidemment de la force toujours croissante des chocs en raison de l'excès du volume et de la puissance contractile de l'organe. Mais il arrive un moment où la force de contraction du cœur continuant de croître et étant devenue extrême, ces bruits cardiaques cessent de se faire entendre ; cependant les ventricules se contractent et se dilatent, le sang y pénètre et en est expulsé, la circulation est complète et très-active ; la main appliquée à la région du thorax perçoit ces impulsions violentes, et le thorax même est soulevé d'une manière sensible. Mais le volume du cœur est devenu tel qu'à aucun moment il n'existe plus de distance entre lui et la paroi pectorale. Il n'y a plus de choc proprement dit, il ne doit plus y avoir de bruit. Si, par un traitement bien dirigé, on parvient à diminuer le volume du cœur, il y a retrait de cet organe, distance entre lui et les parois thoraciques : dès-lors choc et retour du bruit.

Une autre cause bien différente par sa nature, mais dont le résultat est aussi de maintenir le cœur appliqué contre les parois thoraciques, et d'anéantir par suite les bruits cardiaques, c'est la présence d'un liquide épanché dans le côté droit de la poitrine, d'où résulte un refoulement contre les parois des organes contenus dans la cavité du côté opposé. M. Magendie a eu récemment occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu un cas de ce genre, chez une femme qui, atteinte d'un hydrothorax considérable, n'offrait plus que le premier bruit, celui de la pointe du cœur, le second ayant complétement disparu. Les détails de l'autopsie donnés dans le mémoire expliquent la suppression d'un de ces bruits et la persistance de l'autre. Des expériences sur les animaux vivans confirment l'explication donnée par M. Magendie, et ainsi, en tenant, au moyen du doigt introduit dans la poitrine, le cœur appuyé contre la paroi sternale, on fait cesser les bruits.

On a vu, dans la première partie du mémoire, que si on s'oppose d'une manière quelconque au contact du cœur et des parois thoraciques, on empêche la production des bruits cardiaques. Certaines dispositions des organes pectoraux peuvent produire, dans l'état habituel d'un individu, le même résultat qu'on obtient dans les expériences sur les animaux par l'interposition d'un obstacle mécanique. Ainsi, qu'une partie de poumon gauche se trouve habituellement placée entre la pointe du cœur et la portion du thorax qui en devrait être frappée, l'interposition de ce coussinet amortira ou détruira le bruit qui devrait être produit par le choc de cette pointe. La même cause ne saurait amener la disparition du deuxième bruit, car le poumon, à moins de circonstances très-extraordinaires, ne vient pas se placer entre les parties du choc desquelles ce bruit résulte ; mais d'autres corps d'origine morbide peuvent venir se placer en ce lieu. Ainsi, sur une jeune fille, morte à l'âge de vingt-quatre ans d'une affection congéniale du cœur, le premier bruit seul était sensible. L'autopsie montra que la suppression de l'autre tenait à la présence de couches albumineuses, résultat d'une ancienne péricardite, couches qui enveloppaient presque tout le cœur, à l'exception de la pointe.

Les accumulations de liquide dans la membrane qui entoure le cœur, ne s'opposent pas en général aux bruits cardiaques : c'est qu'en effet il n'y a rien là qui mette obstacle aux mouvemens de l'organe plongé au milieu du liquide, et qui s'y meut à l'aise tant que l'accumulation n'est pas excessive. Dans le cas où elle devient telle, le liquide repousse en arrière la base du cœur, la maintient à une distance considérable du sternum, empêche le choc et le bruit.

Ce résultat avait été remarqué par Laënnec, qui n'avait pas cherché à en donner une explication ; et en effet, dans son hypothèse, il eût été presque impossible d'en rendre raison. Cette hypothèse eût conduit à des conjectures plus rapprochées de la vérité, pour expliquer la suppression ou la modification du bruit dépendant d'autres causes. Ainsi, dans un cas observé par M. Magendie, le bruit du choc produit par la pointe persistait, mais, au lieu de l'autre, on entendait un bruit de frottement qui avait évidemment lieu au moment de l'entrée du sang dans les ventricules. L'autopsie montra ce que l'observateur avait soupçonné d'avance, que ce bruit anormal dépendait d'un rétrécissement à l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Par suite de cette disposi-

tion, le sang pénétrait dans la cavité lentement et en produisant un frottement, mais plus de choc.

Une pareille modification paraît être fort rare, car l'auteur ne l'a observée qu'une fois, mais il en est une autre plus fréquente, et qui forme, pour ainsi dire, la contre partie. Dans celle ci le bruit du corps du cœur est normal, celui du choc de la pointe a disparu et est remplacé par un son de frottement très-prononcé. Dans cette modification le sang entre avec facilité dans les ventricules; aussi le bruit clair se manifeste-t-il. Mais ce liquide ne passe qu'avec une certaine difficulté dans l'aorte, par suite du rétrécissement de ce vaisseau ou de déformation des valvules sygmoïdes. Dès lors le passage du sang n'étant plus instantané, il n'y a plus de redressement brusque de la crosse de l'aorte, redressement qui, dans le cas normal, porte la pointe du cœur en avant et la fait choquer contre le thorax. Un cas observé par M. Magendie à l'Hôtel-Dieu, semble devoir dépendre de dispositions un peu plus compliquées. La malade offre: 1° une disparition complète du deuxième bruit; 2° un affaiblissement extrême et parfois l'absence du premier bruit, à la place duquel on entend un bruit de frottement à l'instant où le sang pénètre dans l'aorte. Le second fait rentre dans le cas précédent, mais on ne voit pas d'abord à quoi tient la disparition complète du premier bruit: ce n'est point un hydrothorax, car la percussion de la poitrine donne partout un son clair: elle n'indique pas non plus un hydropéricarde, et ainsi on ne peut supposer que l'existence d'une ancienne péricardite ou d'une dilatation du cœur. M. Magendie penche pour la dernière cause.

Tels sont, dit en terminant l'auteur du mémoire, les faits cliniques de quelque intérêt qui se sont présentés à mon observation depuis que je m'occupe du mécanisme des bruits du cœur. Ils sont sans doute fort peu nombreux relativement à ceux que le temps pourra me fournir, car les nuances des altérations physiques du cœur sont très-multipliées; mais quel que soit leur nombre, tous, comme on a pu le remarquer, se rangent avec tant de facilité dans la nouvelle théorie, qu'ils en deviennent, ensemble ou séparément, une puissante confirmation. Mon sujet n'est point épuisé, ajoute l'auteur; il me reste encore plus à faire, mais le temps seul peut m'en fournir les moyens. Il me reste surtout à examiner les bruits accidentels qui se développent fréquemment dans le cœur et les gros vaisseaux, sous l'influence de certaines maladies, et à les ramener aux lois générales de la production du son. J'ai déjà réuni sur ce sujet neuf et enrieux un assez grand nombre de faits; j'en ai fait le but de plusieurs expériences. J'aurai l'honneur d'en présenter le résultat à l'Académie dans un mémoire spécial.

Séance du 18 *août.*

— PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE. SUCCESSION ET TRANSMUTATION DES ESPÈCES. — M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un mémoire sur la continuation par voie de génération entre les espèces animales perdues et les espèces vivantes. Cette question est liée, suivant l'auteur, à celle du principe d'unité de composition organique. A cette occasion, il rappelle les différens travaux relatifs à cette dernière question; il s'attache ensuite à faire voir que les débris que nous possédons des espèces perdues se laissent aisément ramener à ce principe d'unité de composition, et qu'enfin, sous quelque point de vue qu'on envisage la zoologie antédiluvienne, en la comparant à la zoologie actuelle, on ne voit point qu'il existe de traits distinctifs pour la première. M. Geoffroy rappelle ensuite les idées émises par Cuvier, sur la persistance des espèces et y oppose celles de Linnée, de Buffon et de Lamarck. Il avoue, du reste, qu'il était difficile d'admettre la thèse de Lamarck dans les termes où elle était présentée, et que les objections que l'on tirait de la parfaite indentité entre les animaux actuels et les individus de même espèce embaumés il y a 3000 ans, et conservés dans les sépultures égyptiennes, étaient décisives en ce sens qu'elles prouvaient que dans cette espace de trente siècles, il n'y avait pas eu de changemens appréciables dans les espèces. Mais de ce que Lamarck n'avait pas assez étendu le temps nécessaire pour que ces transformations s'opérassent, on n'en peut pas conclure qu'elles n'ont pas eu lieu. Il faut remarquer que ces modifications ont dû reconnaître pour causes principales les changemens qui se sont opérés dans les agens extérieurs aux époques des diverses révolutions qui ont bouleversé le globe, et que ces changemens depuis l'apparition de l'homme ayant été infiniment moindres, il n'y a pas lieu de s'étonner que les effets en soient à peu près inappréciables. Du reste, l'auteur dit que dans des communications ultérieures il exposera les faits qui, suivant lui, établissent la filiation entre les espèces anciennes et les espèces modernes, regardées comme distinctes par beaucoup de zoologistes.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES; ORGANE VASCULAIRE PARTICULIER AUX CÉTACÉS. DE LA RESPIRATION CHEZ LES ANIMAUX. — M. Breschet lit un mémoire dans lequel il décrit un organe vasculaire qu'il a découvert dans les cétacés, et se livre à des considérations sur la respiration chez ces animaux. En disséquant un marsouin (*Delphinus phocæna*), l'auteur aperçut dans la cavité thoracique, sur les côtés de la colonne rachidienne, une masse considérable de vaisseaux d'apparence singulière. Cette disposition s'est montrée à lui, non-seulement chez le marsouin, mais encore sur plusieurs espèces de dauphins et sur un fœtus de baleine franche. Sur l'un et l'autre côté de la colonne rachidienne, au devant des côtes, derrière les plèvres, depuis le sommet jusqu'à la base de la poitrine, au-dessus du diaphragme, existe un vaste plexus formé d'autant de masses distinctes qu'il y a de côtes, masses qui se recouvrent l'une l'autre, mais ne contractent pas d'adhérences, de manière qu'elles n'entravent pas les mouvemens de la caisse osseuse du thorax. Ce plexus résulte de la division de branches qui naissent d'un tronc commun avec les artères intercostales. Entre la troisième et la quatrième côte, on aperçoit un tronc veineux qui sort de dessus le plexus pour se porter un peu obliquement en haut et en dedans, et aller se réunir à un tronc semblable pour former la veine cave supérieure. Du bord postérieur de la masse vasculaire partent de nombreux prolongemens qui pénètrent par le trou de conjugaison jusque dans le canal vertébral, en enveloppant les nerfs rachidiens, et formant un plexus inextricable sur la partie postérieure de la moelle épinière, comparable au réseau veineux rachidien que M. Breschet a décrit chez l'homme, mais avec cette différence que chez le dauphin il est principalement

formé de branches artérielles, tandis que chez l'homme il est essentiellement formé par des veines. Le plexus avait été déjà observé par Hunter, mais il avait été trop sommairement indiqué pour être acquis à la science.

L'auteur n'a jusqu'à présent rencontré ce plexus vasculaire que chez les cétacés, mais il pense que l'on trouvera probablement une organisation analogue chez les animaux qui vivent dans des conditions comparables à celles où existent les cétacés. Déjà Cuvier avait remarqué que les phoques ont dans le foie un grand sinus qui doit leur être utile dans la submersion, en rendant la respiration moins nécessaire pour le mouvement du sang pendant qu'ils sont sous l'eau. On devait penser *à priori* que, chez les animaux à poumons qui plongent dans l'eau et qui y séjournent quelque temps, il devait exister des réservoirs pour tenir loin du cœur le sang veineux, afin qu'il ne fût pas distribué aux tissus par les mêmes voies que celles qui portent le sang artériel; et qu'il fallait admettre, pour ce sang artériel, l'existence de diverticules qui le rendissent plus tard à la circulation, lors des intermittences de l'hématose pulmonaire. Les poissons, par leur mode de respiration approprié au milieu du liquide dans lequel ils sont toujours plongés, n'ont pas besoin de plexus vasculaire semblable à ceux des cétacés. Suivant M. Breschet, ces plexus formeraient, pour ceux-ci, un réservoir de sang artériel, lequel, au moment où la respiration est suspendue pendant l'immersion, reviendrait dans l'aorte pour être de là distribué aux diverses parties. Le retour résulterait en partie de l'élasticité des vaisseaux formant le plexus, en partie d'une pression extérieure exercée par les poumons. A la vérité, s'il n'existait que les plexus dont il a été parlé, le sang artériel, pendant la submersion, semblerait ne devoir être fourni qu'aux parties inférieures, et le cerveau, généralement regardé comme l'organe qui souffre le plus de l'accès du sang noir, serait justement la partie la moins favorisée; mais d'autres plexus artériels, dont le volume est proportionné à celui de l'organe cérébral, existent dans l'intérieur même du crâne, de sorte que la masse encéphalique reçoit encore, pendant la suspension de la respiration, le sang rouge qui est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Séance du 25 août.

MÉCANISME DES BRUITS DU COEUR. — M. Bouillaud adresse une lettre sur ce sujet, en réponse à la deuxième partie du mémoire de M. Magendie. Il commence par établir qu'il existe au moins une triple source de bruits anormaux du cœur.

Première cause des bruits anormaux du cœur. — Elle consiste dans des lésions dites *organiques* de la membrane interne du cœur et des valvules autour desquelles elle se réfléchit. De ces lésions, les plus remarquables sont les différentes espèces d'induration des valvules avec rétrécissement plus ou moins considérable des orifices auxquels elles sont adaptées. Or, ces lésions qui s'opposent au libre jeu des valvules, et qui gênent, d'une manière si évidente, le cours du sang à travers le cœur, produisent, comme tout le monde le sait aujourd'hui, les bruits de *souffle*, de *soufflet*, de *scie*, de *râpe*, de *lime*, et quelquefois un véritable bruit de *sifflement* ou de cri d'oiseau que je crois avoir signalé le premier.

Seconde cause. — Elle consiste dans les lésions du péricarde. Ainsi, par exemple, quand les surfaces opposées de ce sac membraneux sont devenues rugueuses, inégales, raboteuses en quelque sorte, il s'opère pendant le glissement réciproque des unes contre les autres un frottement plus ou moins considérable, et delà ce bruit de râpe diffus et superficiel, ou ce bruit de craquement de *cuir neuf* qu'on entend dans certains cas de péricardite. Les grands épanchemens dans le péricarde modifient d'une autre manière les bruits du cœur; ils les obscurcissent, les font paraître plus sourds, plus éloignés, etc. J'ai recueilli un cas dans lequel une concrétion ossiforme, saillante à la surface du péricarde, avait donné lieu, pendant tout le temps que le malade passa dans notre service, à un bruit de *râclement* très-prononcé.

Troisième cause. — Celle-ci consiste dans les lésions de la substance musculaire du cœur elle-même, ou de son principe excitateur, lésions en vertu desquelles la percussion du cœur contre les parois de la poitrine est tantôt augmentée et tantôt diminuée. Comme cette percussion n'a lieu d'une manière sensible, dans les cas ordinaires du moins, que pendant la systole du cœur, c'est à ce dernier mouvement que correspondent les bruits anormaux de cette troisième catégorie. Chez un bon nombre d'individus, surtout quand ils sont un peu maigres, j'ai souvent entendu et fait entendre à un grand nombre de personnes, un tintement clair, argentin, métallique, qui dépend bien certainement du choc du cœur contre la région précordiale sur laquelle on applique l'oreille.

Voyons maintenant si les bruits anormaux du cœur, provenant des causes que nous venons d'indiquer, constituent des argumens favorables au système de M. Magendie sur le mécanisme des bruits du cœur. Or, 1° il est bien évident que les bruits de scie, de râpe, de sifflement, etc., qui altèrent si profondément, je ne dis pas seulement la force ou l'intensité, mais la nature et en quelque sorte le *timbre* du tic-tac du cœur, et qui sont l'effet de notre premier genre de cause ou des lésions valvulaires, ne sauraient déposer en faveur de ce système. En effet, s'il est vrai que le *tic-tac* du cœur dépende d'un double choc contre la poitrine, pourquoi ne persiste-t-il pas, comme à l'ordinaire, dans les lésions de ce genre, au lieu d'être remplacé par un bruit de *râpe*, de *scie*, etc.? Que si, au contraire, les bruits de scie, de râpe, de soufflet ne sont que des modifications du tic-tac normal du cœur, n'est-il pas rationnel d'en conclure que ce tic-tac dépend du jeu des valvules et du passage du sang à travers les orifices qu'elles bordent, puisque, encore une fois, c'est aux lésions de ces parties que sont dues les modifications indiquées du double bruit du cœur? M. Magendie, il est vrai, dit que le rétrécissement des orifices du cœur empêche tantôt le premier choc, tantôt le second, et que c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'absence du premier bruit dans un cas, du second bruit dans l'autre cas. Mais j'oserai affirmer, sans vouloir en rien attaquer les faits observés par M. Magendie, que j'ai rencontré plus de cinquante cas de rétrécissement des orifices du cœur, dans lesquels cet organe, loin d'avoir cessé de *choquer* contre

elle avec plus de force. Ainsi donc, il ne me semble pas qu'on puisse invoquer à l'appui de la théorie de M. Magendie, les bruits anormaux qui accompagnent les lésions des valvules, et qui, pour le dire en passant, ont si puissamment concouru à rendre plus facile le diagnostic de ces maladies.

2° Les bruits que déterminent les diverses lésions du péricarde sont également bien loin de prouver, si je ne m'abuse, que le bruit du cœur reconnaisse pour cause un double choc de cet organe contre les parois pectorales. Et pour ne parler ici que des modifications des bruits du cœur dans les cas d'un épanchement très-abondant dans le péricarde, n'est-il pas démontré par un assez grand nombre de faits que ces bruits se font encore entendre, affaiblis ou lointains, je l'avoue, bien que le cœur ne puisse plus venir frapper, et pour ainsi dire *percuter* la région précordiale? Tout récemment encore un cas de ce genre s'est présenté dans les salles dont je suis chargé.

3° Restent à examiner les bruits anormaux de la troisième catégorie. Or, dans les cas où le cœur produit un choc assez fort pour donner lieu à un bruit particulier, au tintement métallique, par exemple, cela n'empêche pas de distinguer encore le double bruit du cœur. Ce tintement est donc une sorte de bruit sur-ajouté, accidentel, indépendant du tic-tac normal du cœur. D'ailleurs, ce bruit est simple, n'a lieu que pendant la systole, et le bruit du cœur est double: par conséquent il est impossible d'appuyer la théorie de M. Magendie sur le fait dont il s'agit. La preuve sur laquelle ce célèbre physiologiste compte le plus, pour le triomphe de sa doctrine, c'est l'absence des bruits du cœur dans les cas d'une hypertrophie considérable de cet organe, dont le volume « est devenu tel qu'à aucun moment il n'existe plus de distance entre lui et la paroi pectorale. » Il n'y a plus alors de choc proprement dit, selon M. Magendie, et il ne peut plus y avoir de bruit.

Je conviendrai volontiers que si les choses se passaient toujours ainsi dans l'hypertrophie, le système de M. Magendie acquerrait un haut degré, sinon de certitude, au moins de probabilité. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi: par exemple, le nombre de cas d'hypertrophie plus ou moins considérable du cœur que j'ai observés s'élève à plus de deux cents: or, je dois déclarer que j'ai toujours entendu, et très-distinctement, les bruits du cœur modifiés, suivant les complications, soit dans leur intensité, soit dans leur nature, et si j'ose ainsi dire, leur *timbre*, « toutes les fois que les ventricules se contractent et se dilatent, que le sang y pénètre et en est expulsé, que la circulation est complète et très-active, que la main appliquée sur la région précordiale perçoit des impulsions violentes, et que le thorax même est soulevé d'une manière sensible. »

Il résulte pour moi de tout ce qui précède, que la théorie de M. Magendie sur le mécanisme des bruits du cœur, quelque ingénieuse qu'elle soit, et quelque imposante que soit l'autorité du savant académicien qui l'a proposée, ne rend pas un compte aussi satisfaisant des bruits anormaux du cœur que celle exposée dans la précédente lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, et qui place la cause du *tic-tac* ou double bruit du cœur dans le jeu des valvules et le passage du sang à travers les orifices de cet organe.

—M. Junod présente des *recherches sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air tant sur le corps que sur les membres isolés*. Nous y reviendrons à l'occasion du rapport qui sera fait sur ce travail.

—M. Leroy lit un mémoire *sur l'engorgement de la prostate et la paralysie de la vessie*, sur de nouveaux procédés pour le traitement de la rétention d'urine qui en est le résultat.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33

1834.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N 10. — OCTOBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Réplétion immodérée de l'estomac; congestion pulmonaire suffocante; perte de la voix, suspension de la faculté de parler. Prompte guérison par les sangsues et les révulsifs. — Observation recueillie à l'hôpital militaire de Namur, par le Docteur FALLOT, *médecin principal.*

(Extrait des éphémérides du premier semestre 1833.)

L'Hoëst, lancier, taille moyenne, squelette régulier, teint habituellement pâle, cheveux blond-clairs, yeux gris, à peine rétabli d'une fluxion de poitrine, dont la résolution avait été obtenue par les saignées générales, prit, en sortant de l'hôpital le 16 mai, un repas fort copieux composé de jambon et de tartes. Dans la soirée il éprouva de l'oppression, de la courbature et quelques vertiges, mais la nuit ayant dissipé ces symptômes, il recommença de plus belle le lendemain. Rentré à la caserne dans la soirée, il ressentit une insupportable pesanteur d'estomac; la respiration était courte, fréquente; tout d'un coup il perdit connaissance. Lorsqu'il arriva à l'hôpital, où il fut incontinent transporté, il avait récupéré sa pleine connaissance, mais il était sans voix et sans parole, exprimant du geste que c'était de la poitrine qu'il souffrait; respiration orthopnéique, bouillonnante, entrecoupée : angoisse extrême, efforts pour gober l'air : pouls petit, irrégulier, tremblottant; extrémités froides, face livide, tiraillée, lèvres bleues; ventre mou, langue humide, pâle, platte. Quoiqu'on fasse à la veine une large ouverture, le sang ne veut pas couler, il sort en bavant, mais à force de frictions on parvient à le faire sortir par jet et on en obtient environ deux livres. Soulagement marqué. Cependant le médecin de garde n'osa pas répéter la saignée générale; il appliqua des ventouses scarifiées sur la poitrine et des vésicatoires aux mollets.

Lorsque je le visitai, le 18 au matin, il était parfaitement présent à lui, exécutait les mouvemens qui lui étaient demandés, indiquait de la main la base de la poitrine comme siége d'une douleur, mais ne pouvait proférer aucun mot. Interrogé pourquoi il ne parle pas, il prononce des sons inarticulés et fait entendre une espèce de grognement. Le pouls est lent, dur, les contractions du cœur fortes et sèches; l'expansion pulmonaire s'entend partout, mais râleuse; langue nette, molle, libre dans ses mouvemens; céphalalgie nulle, attitude assise, prise et conservée sans effort; aucune rigidité ni mouvemens spasmodiques; déglutition facile, défécation normale, ventre souple; seulement pas d'émission d'urines depuis son entrée. (Saignée de deux livres.)

Après la saignée, par laquelle on obtient un caillot volumineux, riche en fibrine, mais sans couenne, le malade prononce avec effort et comme convulsivement le monosyllabe *non*, mais essaie en vain d'articuler aucun autre mot. Dans la journée il recouvre progressivement la fa-

culté de parler, mais la prononciation reste embarrassée; urines abondantes ; légère douleur épigastrique.

Le 19, parole libre; l'épigastre n'est plus sensible, à moins d'être comprimé.

Le 20, le malade a fait la veille quelques tours dans la salle. L'épigastre est tout-à-fait insensible; l'appétit se prononce d'une manière énergique.

La convalescence ne s'est plus démentie, elle a marché rapidement et le malade est sorti parfaitement guéri le 1er juin.

Réflexions.— J'observe en premier lieu l'analogie des symptômes entre ceux du fait relaté et ceux du choléra épidémique; algidité, cyanose, affaiblissement des contractions du cœur, lenteur du cours du sang, suppression des urines, prostration et anéantissement profonds, douleurs précordiales. Il y avait de moins crampes, vomissemens et flux intestinal; de plus, râle dans les poumons, perte complète de la voix.

La physiologie rend-elle un compte satisfaisant de cette analogie et de cette différence? Je pense qu'oui et considère ce fait comme propre à éclairer la nature du choléra et appuyer l'opinion que j'ai émise à ce sujet.

En effet, et pour ce qui est de l'analogie, dans le choléra, comme dans le cas en discussion, le fait fondamental et pathogénétique, c'est l'excès des souffrances de l'appareil digestif et sa transmission au circulatoire et respirateur. Seulement ici c'est primitivement le pneumogastrique, là le système nerveux ganglionnaire qui sont affectés; ici les fonctions de la portion thoracique de la 8e paire sont perverties à l'occasion du trouble qu'éprouve la stomacale; là les plexus pulmonaire et cardiaque ont perdu la faculté d'innerver, en même temps que l'action des sous-diaphragmatiques est considérablement exagérée. L'algidité, la cyanose, l'asphyxie reconnaissent dans les deux cas la même cause prochaine, savoir l'absence de transformation du sang noir en rouge : le cœur, imparfaitement excité par le sang veineux dont se remplissent ses propres artères, ne se contracte plus qu'avec mollesse; le mouvement de propulsion du sang étant affaibli, la circulation languit et cela d'autant plus que les parties où elle s'exerce sont plus éloignées du cœur, le système centripète s'engorge, et le sang ne peut plus couler des veines ouvertes que difficilement et en nappe (1).

Si, comme le pense M. Magendie, la suppression des urines chez les cholériques dépend de la diminution de la force d'impulsion du cœur qui ne lance plus le sang jusqu'aux reins, elle ne pouvait manquer d'exister ici où le centre circulatoire ne se contractait plus qu'à peine.

Dans l'un comme dans l'autre cas l'aération du sang est suspendue. De là une série de symptômes communs; mais l'élément organique d'où provient l'entrave diffère dans chacun d'eux, de là un ordre de symptômes propres. Ce sont eux maintenant qu'il faut examiner (2).

Remarquez chez L'Hoëst la respiration râleuse, bouillonnante, c'est que le mucus des ampoules pulmonaires, qui continuait à se sécréter, s'y accumulait par l'impuissanec du pneumogastrique, qui préside à la contraction vésiculaire, à l'en expulser et formait une barrière entre l'air contenant l'élément vivificateur et le sang à vivifier : dans le choléra, l'exhalation destinée à lubrifier les conduits aériens, et qui se fait sous l'influence des nerfs des ganglions, est suspendue, aussi l'air descend-il librement jusqu'au fond des cellules; aucun corps ne s'in-

(1) Si je ne fais pas mention de l'épaississement du sang dans le choléra, ce n'est pas que j'en méconnaisse l'importance, mais parce qu'il n'a pas directement rapport à notre sujet.

(2) Pour bien apprécier les altérations des corps animés, il faut y distinguer deux choses : 1° le fait *physique*, consistant dans leur changement de forme ou d'état; c'est par lui que l'altération devient manifeste à nos sens; 2° le fait *dynamique*, qui précède l'autre et consiste dans la modification vitale que le corps a subi. Celui-là est insaisissable par les sens; on ne peut s'élever à sa connaissance que par induction. Les iatro-physiciens et chimistes ne tiennent compte que du premier; les animistes s'attachent exclusivement à l'autre : les sceptiques reconnaissent leur existence, mais prétendent qu'on ignorera toujours les rapports qui les lient. Le médecin physiologiste, persuadé que toute certitude dans l'art de guérir est au prix de la connaissance de ces rapports, se livre infatigablement à leur recherche, sans se décourager par des insuccès, ni se rebuter par des obstacles. Apprendre à ramener le tissu dévié de sa forme ou sa composition à son état normal en excitant ou modérant sa vitalité (*), c'est le but principal de ses efforts, et il sait qu'on ne peut y parvenir qu'en étudiant la vie dans toutes ses modifications et en contact avec tous les agens connus. Il y a loin de là à la doctrine homœopathique que les médecins à la mode veulent nous imposer.

(*) Je ne connais aucun agent qui attaque primitivement les humeurs, mais s'il en existe, la tâche du physiologiste n'en sera pas changée, elle sera seulement plus étendue. Ce n'est qu'en dépravant l'action des solides que les poisons virulens ou miasmatiques, dont elles peuvent être le véhicule, donnent lieu à des maladies.

terpose entre lui et le sang, mais un des principaux facteurs de l'hématose, ce même système ganglionnaire, est frappé d'atonie, le contact des deux élémens a beau avoir lieu, il n'y a pas de réaction possible, et l'artérialisation ne se fait plus.

La diminution de la tension et de l'élasticité de l'appareil vocal, suite de la vacuité de ses capillaires artériels n'est certainement pas étrangère au changement du timbre de la voix chez les cholériques : nous proposerons plus loin une explication de l'aphonie complète chez L'Hoëst.

Celui-ci a des pesanteurs précordiales, éprouve de la plénitude dans l'estomac, de la douleur sous le sternum, mais il n'a ni vomissemens ni selles : le cholérique aussi a des pesanteurs d'estomac, de l'étouffement, de l'oppression, mais il rejette sans relâche par le haut et par le bas d'incroyables quantités de liquides, et souvent, lorsque ces évacuations se suspendent, il éprouve la plus pénible angoisse. Expliquons la cause de cette différence, et rappelons pour cet effet que le pneumo-gastrique remplit dans l'estomac une double fonction : 1° d'établir entre la muqueuse stomacale et le cerveau des relations sensoriales, d'être en quelque sorte l'organe du sens stomacal ; 2° d'entretenir les mouvemens de l'estomac en portant à sa couche musculaire l'action nerveuse sous l'influence de laquelle elle se contracte. Or, nous prétendons que dans l'espèce la pneumo-gastrique est malade, que l'excès même de ses souffrances est la cause de la suspension de son action (1). Eh bien! que s'ensuivra-t-il? qu'il ne sollicitera plus le cerveau à exciter dans les muscles expirateurs les contractions nécessaires pour déterminer l'évacuation du ventricule, et ne provoquera pas lui-même dans le plan musculeux de ce viscère des mouvemens d'expulsion. Et c'est en effet ce qui a eu lieu. Chez les cholériques, au contraire, l'action du pneumo-gastrique sur le cerveau n'est pas troublée, il l'avertit incessamment du tiraillement et de la fatigue que ressent le sens gastro-intestinal des flots de liquide versés sur lui par les organes sécréteurs et exhalans du tube digestif et le force à mettre en jeu les puissances qui peuvent l'en délivrer.

Je ne sais si je me fais illusion, mais l'expérience ne nous eût-elle rien appris, je pense que les modifications organiques étant supposées, tout physiologiste déterminerait facilement *à priori* par quels signes elles se manifesteraient nécessairement et indiquerait pour chacune d'elles ceux que l'observation nous a appris leur appartenir.

Quoi qu'il en soit, un corollaire important à déduire de l'analyse à laquelle nous venons de nous livrer, important, parce qu'il est directement applicable à la thérapeutique, c'est que chez L'Hoëst, comme chez les cholériques, l'hypéremie des poumons et du cœur sont passives, produite par une stagnation, dont on ne préviendra les funestes effets qu'en débarrassant ces viscères du sang asphyxique qui les surcharge, les obstrue et brise leur action. C'est là l'indication vraiment vitale à la satisfaction de laquelle toutes les autres sont subordonnées. Est-on parvenu à la remplir (car malheureusement le but est plus désirable que facile à atteindre), il en surgit d'un nouvel ordre parmi lesquelles se présente en première ligne dans le choléra, celle de combattre le flux, affaiblissant le corps moins encore par l'abondance des pertes matérielles que par l'usure et la dépravation des forces nerveuses. C'est en partie pour ne pas avoir éprouvé de ces évacuations abondantes que la convalescence de L'Hoëst a été si rapide et si sûre, tandis que celle des cholériques est si lente et si précaire. Délivrer les viscères du sang noir qui les stupéfie, rendre aux centres nerveux engourdis leur activité, réprimer la fluxion séro-albumineuse fixée sur la muqueuse gastro-intestinale, telles sont les indications pressantes dans le traitement du choléra et que ne remplissent complétement que la phlébotomie (2) et

(1) Remarquez bien l'existence, le 16 mai au soir, d'un état de courbature et de vertiges, accompagné d'oppression, et vous y reconnaîtrez sans peine la transmission de l'irritation de l'estomac vers le cerveau ; remarquez aussi que pendant la nuit les relations entre les deux viscères étaient déjà en partie rétablies ; c'est à la base de la poitrine, à l'endroit où les nerfs vagues embrassent l'œsophage pour pousser ensuite d'innombrables filets dans l'estomac, que le malade indique ressentir de la douleur : c'est dans l'intervalle de ces deux époques que l'irritation du pneumo-gastrique était montée jusqu'au degré d'interrompre ses fonctions. Comparez un fait que j'ai publié et commenté dans le sixième volume des *Annales de la médecine physiologique*, p. 115.

(2) Voici en quels termes, entr'autres, le docteur Hamilton Bell, témoin du choléra dans l'Inde et en Écosse, s'exprime sur le mérite de la saignée veineuse dans cette maladie. *Treatise on cholera asphyxia or epidemic cholera. Edinburgh and London* 1832. « Je considère la saignée comme un moyen tellement puissant que je » recommande d'y avoir recours sans délai toutes les fois que, durant le règne du choléra, on rencontre *collapsus* » *de la face, cyanose des lèvres et des ongles*, et d'y insister *jusqu'à ce que la couleur du sang s'améliore*

l'ingestion de la glace. En vain aura-t-on recours aux caléfacteurs intérieurs et extérieurs pour réchauffer leurs corps algides si on n'a rétabli auparavant la transformation du sang noir en sang rouge, principale source de la chaleur animale ; vainement suppéditera-t-on à leur sang les principes dont l'analyse chimique l'a reconnu privé, si la vigueur n'est rendue aux puissances qui l'élaborent (1).

Mais revenons à l'histoire de L'Hoëst. Je ne pense pas qu'un esprit dégagé de préoccupation puisse y trouver les caractères d'une phlegmasie gastrique aiguë. Il serait difficile de la concilier avec l'existence d'une langue plate, molle, humide, l'absence de la soif, la mollesse du ventre. La douleur épigastrique signalée le lendemain de son entrée à l'hôpital, et promptement enlevée, était de nature purement nerveuse. Je suis loin de contester cependant que, si de prompts secours n'avaient été administrés, l'irritation aurait pu revêtir la forme phlegmasique.

Tous les jours nous voyons des névroses cérébro-rachidiennes, passer à l'inflammation et le mécanisme de ce passage est suffisamment connu. Je doute qu'il y ait des névroses ganglionnaires pures. Il me répugne d'admettre une lésion d'organes sans lésion correspondante des fonctions qu'ils sont chargés d'accomplir. Or, comme celles des nerfs de la vie nutritive ne sont pas de transmettre des impressions au cerveau, mais de présider aux sécrétions, exhalations, absorptions et transformations organiques de toute espèce, je ne pourrais concevoir d'affection morbide chez eux avec simple exaltation de la sensibilité sans trouble dans l'une ou l'autre de ces fonctions.

Resterait encore à entendre argumenter des bons effets de la médication évacuante et révulsive en faveur de la nature inflammatoire de la maladie de L'Hoëst et invoquer l'autorité de Galien disant : *morbi naturam ostendit curatio.* Eprouvez cette sentence à la pierre de touche de tous les systèmes qui se sont succédés depuis qu'elle a été proférée jusqu'à notre époque et vous reconnaîtrez quel en est l'aloi; (voyez ce que j'ai écrit à ce sujet dans l'*Observateur médical de Liége*, tom. IV, p. 111.) Contentons-nous de rappeler un seul fait parmi le grand nombre de ceux que nous pourrions citer pour démontrer l'utilité des émissions sanguines dans des affections morbides étrangères à l'inflammation (2) ; nous le choisissons de préférence parce qu'il a un rapport direct à l'espèce en discussion. Je veux parler des expériences faites par M. le docteur Brachet, de Lyon, rapportées à la pag. 161 et suivantes, de ses *recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire,* Paris, 1830 ; et d'où résulte que par une hémorrhagie prolongée, on parvient à prévenir, retarder ou suspendre l'engorgement des poumons, dépendante de la section des deux paires vagues et par conséquent tout-à-fait passive. Je suis intimement convaincu que chez L'Hoëst aussi l'influence du pneumogastrique était suspendue et que sans les émissions sanguines abondantes et répétées, l'accumulation du mucus bronchique, en interceptant l'entrée de l'air, aurait promptement déterminé la mort.

Un second point qui, dans son histoire, me paraît devoir fixer l'attention, c'est la perte complète de la voix, le retour de la voix avant celui de la parole et la suspension de celle-ci pendant un long temps encore après que tout obstacle à la libre entrée de l'air était enlevé, et qu'il n'existait aucune lésion physique des organes de sa production. En effet, les autres fonctions dont ils sont simultanément chargés, la mastication, la déglutition, etc., s'exécutaient avec aisance et régularité; la langue se mouvait dans tous les sens aux ordres de la volonté. Bel

» *et que le malade éprouve du soulagement.* Aussi que tout homme sans distinction en état de faire une saignée » la fasse sur-le-champ. (P. 145, dans une note qui commence ainsi) : « Je ne puis trop vanter l'efficacité de la » saignée, pourvu qu'on y ait recours *sans crainte* et avec *confiance* à sa vertu. L'expérience a démontré que de » *petites saignées* peuvent nuire, mais de *larges* manquent rarement leur effet là où l'on peut obtenir du sang.»

Ailleurs (p. 144) il dit : « Si l'ouverture d'une seule veine ne suffit pas, qu'on en ouvre d'autres, et le médecin » doit persévérer dans ses efforts pour atteindre ce but important (d'obtenir du sang), jusqu'à ce que la maladie » cède..... et il ne doit pas en abondonner la poursuite aussi long-temps qu'il y a vie. »

(1) Voyez pour plus de développemens ce que j'ai dit à ce sujet dans le *Journal hebdomadaire.* (Encyclographie, t. XV, p. 263.)

(2) Voyez pour l'utilité de saignées générales et capillaires amples et répétées dans l'asphyxie par la vapeur du charbon de terre, les faits rapportés par moi dans le *Journal complémentaire des sciences médicales*, t. XXXIII p. 232 et 236.

exemple de l'indépendance où sont placées l'une de l'autre les actions variées qu'une seule et même portion de matière vivante est destinée à remplir.

Rien ne s'oppose à admettre que dans les premiers temps les poumons congestés n'ont pas pu communiquer à la colonne d'air expiré la force d'impulsion nécessaire pour faire vibrer les cordes vocales et produire des sons, mais lorsque la faculté d'en faire entendre était revenue que par conséquent le brisement de l'air fourni par le porte-voix imprimait aux cordes vocales, convenablement tendues, des vibrations suffisantes, qu'est-ce qui s'opposait à l'articulation des mots? Dira-t-on que la matière nerveuse intrà-crânienne, qui préside à leur formation et leur mémoire, était atteinte? Est-ce de son impuissance momentanée d'en fournir qu'aurait dépendu la suspension de la faculté d'en proférer? mais quand on considère l'intégrité des autres actes cérébraux, la perte simultanée de la voix, pour laquelle il n'y a pas d'organe spécial dans le cerveau, et le peu de temps qu'il a fallu pour rétablir la faculté de parler, on aura de la peine à adopter cette opinion.

Espérons que le travail entrepris par le célèbre sir Charles Bell, sur les organes de la voix humaine résoudra le problème devant la solution duquel je m'arrête.

Réflexions *sur le mode de propagation de l'ophthalmie de l'armée;* par L. Fromont, *médecin de garnison honoraire, chargé du service sanitaire de l'hôpital militaire de Charleroy.*

Je n'entends pas approuver ou blâmer les différentes opinions émises par plusieurs praticiens distingués qui ont écrit sur le mode de propagation de l'ophthalmie dite de l'armée, persuadé que les plus beaux raisonnemens, les théories les plus capticuses, les plus entraînantes, doivent un jour fléchir devant les faits. A quoi bon se disputer sur la contagion, sur la compression? Pourquoi diviser en deux camps, des médecins qui ont un intérêt commun, un même désir, celui de débarrasser nos soldats d'un fléau qui depuis si long-temps exerce ses ravages dans leurs rangs? Est-ce au moment qu'il disparaît, qu'il faut se livrer bataille? Non sans doute: l'union fait la force; ne prêtons pas à la plaisanterie, aux sarcasmes, resserrons nos rangs, montrons-nous digne de la haute mission qui nous est confiée, celle de soulager l'humanité souffrante; ne formons qu'une masse compacte, puisque nous n'avons qu'un but commun; nous éviterons par là, que des charlatans, qui n'ont d'autre titre que l'ignorante crédulité du vulgaire, viennent partager le domaine d'un art, auquel ils sont, et demeureront toujours étrangers, art qu'ils ..... Je m'arrête, je vais trop loin, j'oublie mon sujet; je ne voulais parler que de l'ophthalmie; et sans le vouloir je m'étends sur le compte des guérisseurs, j'oubliais même, qu'on ne leur donne certaine importance, qu'en s'occupant d'eux. J'abandonne cette idée pour ne parler que de faits positifs, qui pourront établir des vérités incontestables sur le mode de propagation de l'ophthalmie de notre armée. Est-elle contagieuse? voilà la première question qui se présente, et qui est la plus controversée; je ne veux pas trancher la question, je me contenterai d'exposer fidèlement ce que j'ai observé, et le public médical jugera.

Un bataillon de ligne part de Namur par un temps chaud (c'était avant qu'on eut renvoyé des corps les hommes atteints de granulations des conjonctives palpébrales et oculaires) pour aller tenir garnison à Philippeville; pendant cette marche plusieurs soldats éprouvent du picottement aux yeux, sans cependant se trouver fort incommodés de cette légère indisposition. A leur arrivée douze ou quinze hommes entrent à l'infirmerie atteints d'ophthalmie à différens degrés: d'autres obtinrent des exemptions, et la majeure partie d'entr'eux continuèrent à faire le service. (notez que dans ce voyage l'ancienne tenue n'avait pas encore été modifiée). Pendant leur séjour à Philippeville, un médecin principal de l'armée, aussi distingué par ses connaissances, que par son zèle infatigable pour le bien du service, vint faire la visite de ce bataillon, il ordonna le renvoi en congé d'un certain nombre d'hommes, il exempta de service et mit

en observation ceux qui ne portaient que des traces fort légères de l'affection oculaire, une partie de ces derniers furent renvoyés en permission par le chef du corps.

Deux compagnies du même bataillon étaient en garnison à Mariembourg : officiers, sous-officiers et soldats furent presque tous trouvés par le médecin dont nous venons de parler, affectés de conjonctivites légères, deux de ces hommes seulement furent envoyés, gravement affectés, à l'hôpital militaire de Charleroy, et les autres continuèrent tous à faire leur service.

Les trois compagnies de Philippeville reçurent l'ordre de se rendre à Charleroy, le trajet qui est de 5 lieues, se fit par un temps très-chaud, et par une poussière aussi insupportable par sa finesse que par sa qualité calcaire; les hommes mis en observation, et ceux qui se trouvaient à l'infirmerie, en état de marcher, furent aussi mis en route, avec la précaution cependant de les exempter de porter leurs bagages.

Le lendemain de leur arrivée à Charleroy, sept ou huit hommes, plus ou moins affectés, entrèrent à l'hôpital militaire confié à mes soins; cette circonstance ayant éveillé mon attention je fis de suite la visite de ces trois compagnies. Tous ceux qui portaient des granulations avec des conjonctivites légères furent mis à l'hôpital, ceux qui n'avaient que des simples granulations furent exemptés de service et mis en observation. Tous ces hommes entrèrent successivement dans cet établissement avec des ophthalmies plus ou moins intenses, de manière que du 7 juillet 1834 au 27 du même mois, époque du départ de ces trois compagnies pour le camp, 84 hommes entrèrent à l'hôpital, parmi lesquels plus de douze eurent l'ophthalmie purulente à un très-haut degré.

Voici ce que devinrent ces 84 hommes : 45 ont été renvoyés en permission pour deux et trois mois, porteurs de granulations, ayant la vue intacte; 37 autres ont été renvoyés au corps parfaitement guéris; deux sont encore (aujourd'hui 6 septembre) en traitement. Tous les hommes entrés pendant ces vingt jours, à l'exception de sept qui la contractèrent à Charleroy, avaient tous eu l'ophthalmie antérieurement à des époques plus ou moins éloignées, et à différens degrés d'intensité. Parmi les sept hommes qui n'avaient pas eu l'affection antérieurement à leur entrée à l'hôpital, cinq, au bout de huit à dix jours, furent renvoyés au corps parfaitement guéris, deux seulement qui conservaient des granulations ont obtenu des congés de convalescence.

Les deux compagnies qui n'avaient pas quitté Mariembourg, et qui se trouvaient si généralement affectées à la première visite du médecin principal, dont j'ai parlé plus haut, furent trouvés exempts de cette affection lors d'une deuxième visite qu'il fit je crois un mois après sa première.

Voilà des faits authentiques, et contre lesquels je ne crois pas que l'on puisse s'inscrire en faux. Eh bien faisons maintenant la part de la contagion et de la compression, et voyons de quel côté penchera la balance. Un bataillon part de Namur par un temps propre à donner l'ophthalmie à un modeste piéton voyageant isolement et sans bagage, qu'arriva-t-il? plusieurs soldats n'éprouvent pendant la route d'autres incommodités que du picotement aux yeux; d'autres à leur arrivée entrent à l'infirmerie de Philippeville, la majeure partie continue à faire le service. Pendant que ces compagnies restent dans l'inaction, l'affection oculaire reste stationnaire : trois compagnies sont remises en route pour Charleroy; ce voyage fait dans des conditions très-contraires aux maladies des yeux, réveille l'affection, et presque tous les hommes qui avaient déjà souffert dans le trajet de Namur à Philippeville, et qui avaient eu antérieurement l'ophthalmie, entrèrent successivement à l'hôpital de Charleroy, atteints de cette affection à des degrés plus ou moins intenses.

Les deux compagnies qui étaient à Mariembourg, et qui, au lieu de se mettre en marche par la grande chaleur et la poussière, restèrent oisives dans leur garnison, se trouvèrent au bout d'un mois guéries de l'affection, qui, à leur arrivée, avait affecté un grand nombre d'hommes, et la maladie ne laissa d'autres traces de son existence que deux hommes fortement affectés.

Cette espèce d'épidémie s'est-elle propagée par contagion? rien ne peut le faire présumer,

car, à l'exception des sept hommes dont je viens de parler, et qui comme leurs autres camarades avaient été soumis à des causes que je regarde suffisantes pour déterminer l'affection oculaire, le reste du bataillon y demeura étranger, et la maladie ne sévit que sur des soldats qui y étaient fortement prédisposés par des ophthalmies antérieures. A qui et comment les 84 hommes qui sont entrés à l'hôpital ont-ils contractés la maladie? ce n'est certainement pas aux camarades qui avaient les yeux sains et qui sont restés étrangers à l'affection; et les hommes porteurs des rudimens de l'ophthalmie ne la communiquèrent à personne. Il me semble donc clairement prouvé que la contagion n'a été pour rien dans la propagation du mal, et qu'il est très-probable au contraire, que si ces soldats n'eussent point été assujetis à la compression du col et de la tête, à la charge de leurs bagages, à la chaleur, à la poussière, et aux fatigues du voyage, ils eussent éprouvé les mêmes effets que les deux compagnies de Mariembourg, qui sont restées, après un certain temps de repos, étrangères à l'affection oculaire.

Si je refute la possibilité de la contagion dans le développement de l'ophthalmie qui s'est déclarée dans ces trois compagnies, je n'entends cependant pas en inférer qu'elle ne soit pas contagieuse dans certaines circonstances. Que l'on se serve d'un linge ou de tout autre objet qui sera sali ou imbibé de l'humeur purulente, ou trempé par les larmes abondantes qui s'échappent des yeux d'un ophthalmiste, que ces objets soient appliqués sur les yeux d'un homme sain, nul doute qu'il courra grand risque de contracter la maladie. Je crois aussi que le séjour dans un lieu habité par un grand nombre d'ophthalmistes à l'état purulent, peut développer le mal sur certains individus prédisposés, car il peut s'élever des sécrétions fournies par des yeux fortement affectés, des miasmes irritans qui peuvent agir sur l'organe de la vue; pour mon compte je n'entre jamais dans une salle d'ophthalmistes purulens sans éprouver des picottemens aux yeux; mais je l'avoue, je ne comprends pas ce mode de développement dans nos casernes, où les hommes sont soigneusement visités, et où ils n'éprouvent jamais que les premiers symptômes de l'affection, étant dès l'invasion envoyés aux hôpitaux. Ce n'est à mon avis que dans ces établissemens que la contagion peut se concevoir et s'observer. On peut la voir encore exercer ses ravages sous le toit paternel, lorsque le militaire renvoyé dans ses foyers, conserve un larmoiement ou de la purulence, alors encore l'usage réciproque des mêmes lignes, des mêmes effets, devient une cause de contagion; rien de surprenant qu'un ophthalmiste donne la maladie à sa femme, à ses enfans, à son père, à sa mère, à ses frères et sœurs, à ses amis même, rien de surprenant, dis-je, qu'un infirmier la contracte dans un hôpital, tous ces faits sont contans et expliquent dans ces circonstances, le développement par contagion, mais n'établissent pas que la maladie soit contagieuse dans les régimens, dans les camps et dans les casernes où les hommes ne séjournent jamais que bien légèrement affectés.

On peut déduire de ces observations, qu'il existait dans l'armée un grand nombre d'hommes prédisposés à l'ophthalmie, et porteurs de granulations produites par des affections contractées, soit antérieurement à leur entrée au service, soit pendant la durée de ce service, qui soumis aux fatigues du métier, à la strangulation produite par l'ancienne tenue, ont contracté par l'effet de certaines causes déterminantes (qui ont toutes été prévues par les nouvelles instructions) des ophthalmies plus ou moins aiguës. Il est donc permis d'espérer que lorsque tous les hommes prédisposés par des granulations ou des boursouflemens des conjonctives palpébrales et oculaires, seront soustraits des rangs de notre armée, que lorsque le changement de tenue, n'étant plus un vain mot, aura rendu au soldat toute la liberté du col et de la tête, le fléau qui l'accable disparaîtra pour toujours. Mais pour obtenir ce résultat, ce n'est pas l'affaire de quelques mois, il faut du temps et de la persévérance de la part des médecins militaires, qui ont chaque jour à lutter contre l'exigence et la susceptibilité des chefs de corps, dont la plupart sont loin de partager l'idée qu'une mauvaise tenue peut produire le mal que nous cherchons à extirper. D'un autre côté le renvoi des hommes en permission réduit l'effectif des compagnies. Cette mesure mécontente messieurs les officiers qui ne cessent de crier, que bientôt toute l'armée sera envoyée en permission, etc.; est-ce bien dans l'intérêt de cette armée, que peuvent s'élever de semblables réclamations? je ne le crois pas; n'est-il pas préférable d'avoir à commander cent hommes bien portant, que cent cinquante prédisposés à l'ophthalmie? Au surplus, si le véritable intérêt de la patrie exigeait un plus grand nombre d'hommes sous les

drapeaux, M. le ministre de la guerre peut rappeler les hommes bien portans qui sont en congé par économie, et remplir ainsi le vide que produit dans les compagnies le renvoi des hommes pour cause d'ophthalmie : puisque cette mesure n'est pas jugée nécessaire, il faut donc s'y conformer, le renvoi de ces granulés étant un acte philantropique, qui au moins, si dans l'esprit de quelques-uns, paraît inutile, ne sera jamais regardé par personne comme nuisible. Que l'on cesse donc d'en vouloir aux médecins militaires qui exécutent et qui cherchent à faire exécuter les instructions émanées du ministère de la guerre, et du chef du service de santé. Avant de décider la question de l'insignifiance des moyens, qu'on leur permette d'exécuter ponctuellement les préceptes donnés par une réunion d'hommes instruits, de citoyens distingués, que le gouvernement a choisis pour s'éclairer, qui ont le plus grand intérêt à voir leurs opinions couronnées de succès, et à dégrever le trésor public des charges que les pensions des aveugles font peser sur le contribuable.

Nous ne prétendons pas faire disparaître immédiatement l'ophthalmie, cela est impossible dans l'état où se trouve l'armée, il existe encore dans ses rangs trop d'hommes qui ont eu cette maladie, et qui la contracteront de nouveau par la moindre cause déterminante; l'histoire du bataillon dont j'ai parlé plus haut, en est une preuve, et jusqu'à ce que le renvoi des hommes n'aura pas été généralement effectué, et les mesures préservatrices exécutées sans restrictions avec zèle et volonté de faire le bien, on rencontrera toujours des ophthalmies : et alors seulement, si ces mesures ne sont pas couronnées de succès (erreur qui n'aura compromis personne) on aura le droit de dire que nous nous sommes trompés. Qu'on y réfléchisse bien, l'inobservance pleine et entière des réglemens sur la matière, ne part pas des sommités administratives, toutes les circulaires en font foi; elles font au contraire tout ce qu'elles peuvent pour en assurer l'exécution, et l'on peut toujours être persuadé de trouver près d'elles, aide et protection.

Loin de moi l'idée d'aucune récrimination, d'aucune plainte, d'aucune personnalité : si je me suis permis ces observations, c'est pour faire connaître aux médecins, que si l'ophthalmie n'a point tout à fait abandonné notre armée, c'est que les causes qui contribuaient le plus à la produire et à la propager, ne sont pas encore toutes disparues. Je le répète, il est permis d'espérer que lorsque tous les hommes prédisposés auront quitté nos rangs et que toutes les mesures proposées seront mises consciencieusement à exécution ce fléau disparaîtra ; mais pour obtenir ce résultat il faut du zèle de la part des médecins militaires, et surtout de la bonne volonté de la part des chefs de corps.

Pour être conséquent, et pour être vrai, dut-on passer pour faire des concessions aux deux partis, il est permis d'être à la fois contagioniste et compressioniste, sans que ces deux manières de voir impliquent contradiction; bien convaincu de la possibilité de ces différens modes de propagation, le service de santé militaire n'a rien négligé pour éviter les effets de la contagion et de la compression, non pas pour ménager certaines susceptibilités, mais par conviction, par devoir, et par humanité : les mesures de précaution prescrites depuis le 1er mai de cette année, attestent assez que rien n'a été négligé pour déraciner l'affection oculaire qui depuis si long-temps s'est implantée chez nos soldats.

Observation d'hémorrhagie utérine; par A.-J. Philippart, *Docteur en médecine, chirurgie et accouchemens à Tournay.*

La nommée *Aldegonde Delverlée*, âgée de 27 ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, abondamment réglée avec coliques et douleurs de reins, mariée depuis trois mois, devint enceinte dans les premiers jours du mois de mai peu après l'époque menstruelle. Bientôt elle éprouva fréquemment des douleurs de tête, une tendance continuelle au sommeil, des engourdissemens dans les membres, des *maux de cœur*, des bouffées de chaleur.

Le 1er août, elle réclama mes soins pour une gastrite légère, qui céda en quelques jours aux boissons mucilagineuses, à la diète et au repos. Empressée de reprendre ses occupations elle sortit le cinq.

Le 6, vers deux heures et demi du soir, après avoir été tourmentée par quelques affections morales, elle ressentit des douleurs dans les lombes, des coliques dans la région hypogastrique, accidens qui furent accompagnés vers le soir d'un écoulement de sang par le vagin.

Comme ce liquide ne sortait qu'en petite quantité, elle ne voulut déranger personne, dit-elle, et se contenta de garder le repos jusqu'au matin du 7, moment où les accidens ayant redoublé, elle me fit appeler.

Je trouvai la figure pâle, les yeux entourés d'un cercle bleuâtre et parsemés ainsi que les paupières et les joues d'une multitude de petits vaisseaux sanguins, la voix et le pouls étaient diminués de force; il y avait du froid aux pieds et aux mains et quelques frissons par intervalle, les douleurs de reins et de l'hypogastre étaient continues, le sang avait coulé assez abondamment. Je pratiquai sur-le-champ une saignée de deux palettes, je fis couvrir l'hypogastre et les aînes de compresses d'oxicrat, je prescrivis la position horizontale, la diète et une cuillerée, toutes les demi-heures, de la potion suivante :

R. aq. rosar. rubrar. ℥ v.
laudan. liquid. Sydenh., ℈ i.
sirup. commun. ℥ i:
M.

Malgré ces moyens, le sang continua de couler. Le soir, vers quatre heures, la pâleur du visage avait augmenté, la voix était basse, le pouls faible, les syncopes se montraient, le col de la matrice offrait la largeur d'une pièce d'un franc. Je tamponnai. Je voulus introduire une espèce de chemise, comme on le conseille ordinairement, mais l'étroitesse des parties s'y opposant, j'eus recours à un autre procédé également recommandé par plusieurs accoucheurs. Je plaçai d'abord une boulette de ouate trempée dans l'oxicrat sur l'ouverture de l'utérus (1); puis, sur celle-ci j'en appliquai d'autres plus nombreuses et plus épaisses, de manière à former une pyramide touchant le col utérin par son sommet et regardant en dehors par sa base. Les fomentations réfrigérantes, les boissons froides, la position horizontale furent continuées. Vers huit heures, le pouls était relevé, il y avait encore des demi-syncopes. Le lendemain 8, vers quatre heures du matin, on vint me chercher de nouveau. Je trouvai la femme dans un état très-alarmant : la face pâle, la voix éteinte, le pouls pour ainsi dire insensible, les syncopes très-rapprochées, un froid glacial répandu sur toute la surface du corps indiquaient assez que le sang coulait et qu'une hémorrhagie interne avait lieu. J'examinai l'état du tampon pyramidal; il avait fait la bascule. Son sommet avait abandonné le col utérin pour aller se placer derrère la vessie, en avant du col, et le sang s'était accumulé dans le vagin, derrière le tampon. Je n'eus rien de plus empressé que de tirer ce tampon auquel je ne m'avisai plus d'avoir recours, pas plus qu'à la chemise; je bourrai toute la cavité du vagin avec de la ouate trempée dans l'oxicrat, des sinapismes furent appliqués entre les épaules. A huit heures, je vis la femme : elle était faible, disait-elle, le pouls était un peu relevé, les syncopes avaient disparu. Les mêmes moyens continués rendirent l'état de la femme de plus en plus satisfaisant jusque vers les trois heures de l'après-dînée du 9, moment où voulant se mettre sur le pot pour satisfaire des envies d'aller à la selle, elle eut une syncope. Le frère effrayé accourut m'annoncer que sa sœur mourrait. Il n'en était rien, mais croyant la chose vraisemblable, je manifestai le désir d'avoir l'avis d'un confrère. M. Garin, praticien expérimenté dans cette branche de l'art, demandé, ne tarda pas à venir. Le tampon ôté montra le col de la matrice assez dilaté pour admettre deux doigts; une portion du placenta qu'on pouvait très-bien circonscrire avec le doigt s'y trouvait engagée.

Le tampon fut réappliqué, les fomentations froides furent continuées, quelques cuillerées de vin furent données et la potion suivante fut prescrite :

R. extract. ratanhiæ. ʒ i.
aq. distillat. ℥ v.
sirup. rosar. ℥ i.
M.

A prendre une cuillerée toutes les demi-heures. Le 10, l'état de la femme était assez satis-

(1) Je n'avais point d'étoupe à ma disposition.

faisant : elle éprouvait encore des douleurs dans l'hypogastre et dans les reins ; mais elles étaient moins violentes. Le tampon fut ôté vers les dix heures et demie du matin ; l'hémorrhagie ne reparut point ; l'orifice du col offrait la même largeur.

Le 11, l'orifice semble se refermer, les forces se relèvent ; la femme prend deux bouillons.

Le 12, expulsion d'un corps ressemblant à une portion de placenta putréfié ayant la forme d'un petit gâteau de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

L'état de la femme devient de plus en plus satisfaisant les jours suivans, sans expulsion d'aucun autre corps que d'un liquide blanchâtre, séreux remplacé en ce moment par quelques gouttelettes de sang qui suintent de temps à autre.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur la couleur rouge du sang (*Bemaerkninger om blodets rode farve*); par le Docteur Stevens. *Mémoire présenté à la société royale de médecine de Copenhague.*— Kopenhagen, 1833, 1 vol. in-8° de 27 pages. (Extrait *der Schmitt's Jahrbricher der médicin*, cahier de mai 1834, par le Docteur Canstatt.)

Ces recherches, qui concernent une des matières les plus importantes et les plus intéressantes de la physiologie et de la pathologie humaine, méritent, je pense, la plus grande attention de la part des hommes de l'art. Le mémoire original n'étant pas très-répandu, puisqu'il est resté la propriété de l'auteur, j'ai cru qu'il serait agréable aux lecteurs de ce Journal d'en trouver ici un extrait étendu, et c'est ce qui m'a engagé à le traduire. On sait depuis long-temps, que dans la dernière période du typhus, dans la fièvre jaune, dans la peste orientale, dans le choléra asiatique, enfin dans toute la classe des maladies appelées malignes, et produites par des miasmes, le sang prend une couleur foncée et un aspect morbide. L'indication principale qu'on en tirait pour le traitement de ces maladies était de prévenir la transformation du sang rouge en sang noir, ou s'il avait déjà passé à cet état, de lui rendre sa couleur primitive. Les théories sur les causes de cette différence de coloration ne s'accordent pas jusqu'ici avec la vérité, et les résultats d'un traitement basé sur ces fausses théories n'a pas jusqu'ici répondu au but qu'on se proposait, puisque la mortalité s'augmentait sous ce traitement qui, au lieu de faire cesser les symptômes, les aggravait au contraire.

On croit généralement que la couleur rouge du sang est due à la présence du fer et que le rouge écarlate du sang artériel provient de l'oxygène qui s'y mêle. M. Stevens s'appuie sur certains phénomènes pour prouver que l'une et l'autre de ces opinions sont fausses. Le fer par exemple ne peut pas rendre la couleur rouge au sang pris du cœur des sujets morts de la fièvre jaune ; et il n'est pas plus possible de changer ce sang noir en sang rouge par le moyen de l'oxygène. Aussi les malheureux résultats de toûtes les méthodes de traitement qui tendaient à colorer ce sang par des acides ou par d'autres remèdes qui contenaient de l'oxygène auraient dû conduire depuis long-temps à la conclusion que les théories régnantes sont basées sur une erreur fondamentale. Ce n'est pas la théorie seule qui est vicieuse, mais encore la pratique qui en découle, surtout dans le traitement des fièvres malignes, maladies si fréquentes dans les pays chauds où elles font des ravages terribles. D'accord avec l'opinion qui attribue à l'oxygène la cause de la couleur du sang dans les artères, les médecins prescrivirent des acides. Ce mode de traitement n'a pas été heureux du tout. Si ses effets nuisibles étaient moins frappans dans les fièvres typhoïdes et intermittentes, ou dans d'autres maladies plus légères, on vît une mort presque sûre suivre le traitement du choléra, de la fièvre jaune et d'autres maladies de nature maligne. Il n'y a pas de pays, où l'emploi des acides dans les fièvres ait été plus fréquent qu'en Espagne ; et voilà peut-être la seule raison pour laquelle la fièvre jaune a été plus pernicieuse en Espagne que dans les Indes occidentales et dans aucun autre pays. En 1804 on comptait environ 34,000 habitans à Carthagène en Espagne. Dans cette année la fièvre jaune apparût pour la première fois dans cette ville ; pendant les 4 à 5 mois qu'elle y régna, 24,000 individus en furent atteints. Les médecins s'aperçurent de la coloration noire du

sang dans la dernière période de la maladie ; et dès-lors tous leurs efforts tendirent à introduire de l'oxygène dans la masse du sang. Mais les conséquences en furent funestes. Il n'y eût que 4,000 malades qui échappèrent, 20,000 moururent! L'authenticité de ce fait est garantie par *Rescuno*, un des médecins les plus renommés de l'Espagne, lequel déclare que, si jamais la fièvre jaune revenait il préférerait plutôt abandonner les malades entièrement à la nature que de les soumettre à un pareil traitement. Les raisons qu'il allègue méritent notre attention. Il dit que parmi les pauvres, abandonnés par les médecins et même par leurs amis, il y eut nombre d'exemples surprenans de guérison, tandis que parmi les riches soignés par des médecins qui leur prodiguaient les acides, il n'y en eut pas un seul qui guérit. Voilà les suites funestes d'une pratique basée sur une théorie que l'auteur du mémoire tâche de prouver comme fausse, tout en se proposant d'indiquer en même temps la véritable cause de la couleur rouge du fluide vital.

Le sang séparé du corps subit, dit-il, deux sortes d'altérations : *d'abord il se coagule*, altération sous laquelle la masse semble se consolider ; consolidation pourtant illusoire, puisque cette masse apparemment solide contient encore une quantité considérable de fluide salin. L'autre altération, que le sang subit est le procès de séparation ; la sérosité du sang s'élève à la surface, tandis que la matière fibrineuse et colorée va au fond et forme ce que nous appelons *placenta* (caillot).

1re *Expérience, avec du sang qui a subi la première altération seulement.* Le sang est coagulé, la sérosité ne s'est cependant pas encore séparée du placenta. En faisant une incision dans ce caillot on le trouve aussi rouge au milieu qu'à la surface. L'auteur dirige l'attention particulièrement sur cette circonstance, parce que ce fait lié à d'autres, prouve que la cause de la couleur rouge du sang se trouve toujours dans la sérosité du sang, car aussi long-temps que cette sérosité reste en contact immédiat avec la matière colorante, cette dernière continue de rester rouge au milieu du sang coagulé.

2e *Expérience.* En faisant une incision dans le caillot de sang, dont la sérosité s'est séparée par le procès naturel, on remarque que le caillot n'est rouge qu'à sa surface, qui était couverte de la sérosité saline, mais que tout ce qui est en dessous est tout-à-fait noir. On peut en conclure que la couleur *noire* est la couleur naturelle de la matière colorante ; puisqu'aussitôt qu'on éloigne la cause de la couleur rouge, cette matière devient noire comme de l'encre. On ne connaît pas encore exactement la véritable nature de cette matière colorante noire ; mais nous verrons bientôt qu'elle possède une qualité qu'on ne trouve dans aucune autre substance noire connue ; celle de produire un beau rouge en se mêlant avec un sel neutre quelconque.

En prenant un caillot rouge et en le suspendant dans l'air; il devient tout-à-fait noir à mesure que la sérosité saline qu'il contient, en découle par gouttes. Ce caillot noir frotté avec du fer ou avec un de ses oxydes, ne reprend pas sa couleur rouge ; cette expérience prouve en outre, que la matière colorante reste noire malgré qu'elle soit pendant plusieurs heures en contact immédiat avec l'oxygène de l'atmosphère ; preuve suffisante de ce que l'oxygène ne possède nullement la propriété particulière de colorer le sang en rouge, à moins qu'il n'y ait quelque autre phénomène qui contribue à colorer le sang veineux dans le moment que l'acide carbonique est absorbé par l'oxygène de l'atmosphère. Ces faits nous permettent de conclure que c'est dans la sérosité du sang que nous avons à chercher la cause de sa couleur rouge. La sérosité est composée d'eau, d'albumine, d'une très-petite quantité de fer, de matière huileuse, et d'une quantité considérable de sels. Des expériences nous ont appris, que ni l'eau, ni l'albumine, ni le fer ou l'huile peuvent rendre le sang rouge. Donc nous pouvons conclure *à priori* que ce sont les sels qui sont doués de la qualité de produire la couleur rouge avec la matière colorante. Une simple expérience en ajoutera une nouvelle preuve.

3e *Expérience.* En mettant un peu de cette matière colorante noire en contact avec un sel, on s'aperçoit que le sel blanc devient tout-à-fait rouge aussitôt qu'il touche à la matière noire. L'auteur se sert pour cette expérience du carbonate de soude, et bien que ce sel soit très-faible, le rouge qu'il donne au sang noir n'en est pas moins considérablement vif.

4e *Expérience.* Quand on se sert de nitrate de potasse, sel qu'on emploie fréquemment à Copenhague dans le traitement des fièvres typhoïdes, le sang devient aussi rouge, mais ce n'est

pas la conséquence de l'attraction de l'oxygène, puisque tout le monde sait que ce sel ne contient pas un grain d'oxygène dans l'état libre.

5ᵉ *Expérience.* Le sel ammoniac, si fréquemment employé dans les fièvres intermittentes, ainsi que tout autre sel neutre ou alcalin mêlé à la matière colorante noire, produit la couleur rouge. On peut tirer de là, la conclusion, que le sang ne doit sa couleur rouge, ni au fer, ni à l'oxygène, mais bien aux sels neutres et alcalins qui se trouvent sans exception dans le sang de l'homme sain. Au moment que le sang se sépare du corps, les parties salines s'y trouvent dissoutes et distribuées dans tout le fluide d'une manière égale; mais après qu'il s'est coagulé et que la sérosité s'est entièrement séparée, toutes les parties salines se trouvent dans la sérosité et il n'en reste pas la moindre partie dans le caillot. Et voilà la raison pour laquelle la partie solide est si noire, excepté à la surface où la matière colorante se trouve en contact immédiat avec la sérosité saline. Outre les faits cités, il y en a encore d'autres qui prouvent que la matière saline dans le sang est la cause de sa couleur rouge. On sait, par exemple, que l'eau distillée a en général une forte attraction pour les sels. En mettant conséquemment un caillot rouge dans de l'eau distillée, il devient noir à mesure que le sel s'échappe du sang.

6ᵉ *Expérience.* Des caillots de sang rouge mis dans l'eau, deviennent tout-à-fait noirs. La séparation de la matière saline change donc le sang de *rouge* en *noir.* Mais ce caillot noir trempé dans un fluide salin pur, change bientôt sa couleur noire en couleur de pourpre. Au contraire, des caillots devenus rouges par leur immersion dans une solution saline, et mis dans de l'eau distillée, deviennent de nouveau noirs. La couleur du même caillot peut être changée de cette manière comme on le veut. On peut donc prouver, non-seulement par la méthode de l'analyse (séparation) mais aussi par celle de synthèse, *que les sels naturels dans le sang, et non le fer, sont la véritable cause de sa couleur rouge.* Si l'opinion de l'auteur est juste, le sang veineux doit devenir plus rouge en y ajoutant de la matière saline, ce qui est véritablement le cas.

7ᵉ *Expérience.* Tout acide, tout alcali et en général toute substance qui décompose les sels ou qui les altère, rendent le sang noir.

8ᵉ *Expérience.* L'acide nitrique contient, selon les chimistes, de l'oxygène dans un état facile à séparer, et cependant cet acide délié avec l'eau et ajouté au sang, le colore tout-à-fait en noir. On a employé pourtant cet acide et d'autres d'une nature semblable, dans le but de rendre le sang rouge. Si l'on verse de l'eau distillée sur du sang artériel aussitôt qu'il sort de l'artère, l'eau attire les sels vers la surface et le sang devient noir. Le sang veineux, couvert du même fluide, devient aussi noir, mais la couleur du sang veineux se change immédiatement en la couleur du sang artériel, dès qu'on verse de la solution saline sur le sang coagulé; et comme cela a lieu même dans une atmosphère d'acide carbonique, il nous est permis de conclure que les sels, indépendamment de l'oxygène peuvent changer la couleur la plus noire du sang en celle du sang artériel, tandis que l'oxygène sans sel ne peut pas colorer le sang en rouge.

9ᵉ *Expérience.* Si l'on verse de l'eau distillée sur un caillot, il deviendra noir en peu de temps. Si l'on verse de la solution saline sur un autre morceau du même caillot, il prendra instantanément la couleur du sang artériel. Par la conviction que la matière saline dans le sang est la cause de sa couleur rouge, nous sommes à même d'expliquer bien de phénomènes remarquables que l'on n'entendait que très-mal autrefois. On connaissait, par exemple, la couleur noire du sang dans la dernière période de la fièvre jaune, dans le choléra, le typhus, etc., mais on ignorait la véritable cause de cette couleur; l'analyse de ces fluides noirs les montra privés à un haut degré de leurs parties salines. Il n'y avait donc plus rien de surprenant dans leur couleur noire; il devient rouge, non pas en y mêlant du fer, de l'oxyde de fer ou de l'oxygène, mais en y ajoutant une petite quantité d'un sel quelconque; en augmentant cette quantité, le rouge devient plus vif. C'est un fait qui n'est pas peu important pour la pratique médicale; il le devient encore plus par la considération que le sang sans sel ne peut ni stimuler le cœur, ni conserver la vie et que dans la dernière période de toutes les maladies malignes il est noir par ce qu'il est privé de ses sels; que de l'autre part certains sels qui n'ont pas d'action purgative passent avec une vîtesse extraordinaire dans la circulation du corps vivant. En conséquence, il ne peut pas y avoir de doute que les sels exercent la

même influence sur le sang vivant dans le corps animé que celle qu'ils produisent dans le sang mort et séparé de l'organisme ; cela est encore prouvé par beaucoup d'expériences, et surtout par des injections de solutions salines dans les veines d'individus déjà mourans dans la dernière période du choléra. En général, immédiatement après l'ouverture de la veine quelques gouttes d'un sang noir découlent de la plaie ; mais si la réaction a lieu, et qu'on ouvre une veine au malade une heure après l'injection faite, on trouvera le sang dans les veines d'un rouge presque aussi écarlate que celui des artères.

Le phénomène connu que dans les personnes tuées par la foudre, le sang devient noir à l'instant, s'explique ainsi : En conduisant un courant électrique à travers du sang ou d'un autre fluide qui contient de la matière saline, le sel s'en sépare à l'instant, puisque l'acide va vers un pôle, et l'alcali vers l'autre, et ainsi ce fluide cesse d'être salin. La séparation subite des sels dans le sang des individus frappés par la foudre est donc sans contredit la cause de sa couleur noire.

L'auteur croit ces expériences, dont il pourrait encore augmenter le nombre, suffisantes pour convaincre tout juge impartial que les sels naturels dans le sang sont la véritable cause de sa couleur rouge. On sait depuis long-temps que tout le sang contient du sel et l'analyse a même démontré que le sang, sans exception, est mêlé d'une certaine proportion de sels. On savait aussi que quelques sels sont doués de la propriété de colorer le sang en rouge ; mais la connaissance du fait, que tous les sels possèdent cette propriété, est tout à fait nouvelle. Il est presque inutile de remarquer que cette découverte si importante pour la physiologie et la médecine pratique répandra de nouvelles lumières sur la théorie de la chaleur animale et sur tout de la respiration.

Le sang est le suc nutritif pour le cœur, le cerveau et pour toutes les autres parties solides du corps. C'est un fluide vivant, animé et sujet à des maladies comme tout ce qui vit. On sait que le sang est altéré, non-seulement dans le choléra et dans la fièvre jaune, mais encore dans toute la classe de fièvres épidémiques produites par des émanations atmosphériques ; et le médecin qui traitera ces maladies sous le seul rapport de l'état morbide des parties solides du corps, ne pourra jamais s'attendre à des résultats très-heureux dans sa pratique, puisque l'état morbide du sang est sans doute la première articulation dans la chaîne de la fièvre et que les phénomènes morbides qui paraissent plus tard dans les parties solides ne sont que l'effet de l'infection du fluide nutritif. Le médecin ne peut donc pas traiter le mal radicalement sans guérir cet état.

Pour pouvoir remédier à l'état morbide de la circulation vitale, le médecin doit avoir des idées justes sur la nature du fluide. L'auteur a déjà parlé des conséquences funestes de la méthode de traitement selon l'ancienne théorie ; mais de l'autre part il pourrait aussi citer bon nombre de résultats heureux d'un traitement basé sur la nouvelle. Il pourrait demander si l'expérience qui a donné naissance à la méthode de traitement des fièvres qu'on suit à Copenhague, ne parle pas décidément en faveur du traitement salin. C'est principalement à ce dernier qu'on doit les succès du traitement des fièvres qui sont plus heureux à Copenhague qu'à Paris et à Londres.

En 1827 une espèce de fièvre jaune fit irruption à St-Thomas. Les cas ne furent pas nombreux ; mais la maladie fut tellement maligne que presque tout individu qui en fut atteint, était une victime de la mort. Ce fut alors que l'auteur employa le traitement salin dans le but d'altérer la qualité du sang ; et un fait connu dans cette île est qu'il ne mourrait presque pas de malade par ce traitement, tandis que d'autres médecins qui suivaient l'ancienne méthode furent malheureux avec elle. L'auteur a eu fréquemment occasion depuis lors, d'essayer le traitement salin, non-seulement dans les fièvres de l'hémisphère occidental, mais aussi pendant son séjour à Londres. Les effets qu'il a observés de cette méthode basée sur la nouvelle théorie de la coloration du sang, l'engagent à croire que ses opinions produiront une réforme dans la médecine. Reste à l'expérience d'en décider !

Un autre fait bien remarquable, communiqué il y a peu de temps par le professeur Hegewisch de Kiel, à la Société royale de Copenhague, est celui que l'eau sucrée produit les mêmes

effets colorans sur le sang que les solutions salines. Il mérite d'autant plus l'attention qu'il en résulterait que ce sont précisément les deux assaisonnemens les plus communs, *le sel de cuisine et le sucre* qui produisent des effets si considérables et salutaires.

J. C. Jungken. *Ueber die Augenkrankheit, welche in der Belgischen Armée herrscht* (*Mémoire sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*). — Berlin, 1834, in-4° de 51 pag.

Ce mémoire, que M. Jungken vient de publier en Prusse à son retour de Belgique, n'est que la traduction allemande du travail que l'auteur a fait pendant son séjour ici, à la demande de notre gouvernement. Il y a ajouté quelques observations, qu'il a eu occasion de faire dans son voyage, sur les maladies des yeux, régnantes dans les provinces rhénanes, et des réflexions sur les ophthalmo-blennorrhées en général. Le mémoire lui-même, étant suffisamment connu (1) nous nous bornerons à rendre compte des *additions* de l'édition allemande afin de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui intéresse la question importante de l'ophthalmie et tend à en éclairer l'étiologie.

M. Jungken, après avoir prodigué des encens à la commission, dans le sein de laquelle il fut appelé, entre dans le récit de son voyage (2) : le nombre des soldats atteints de maladies des yeux dans les garnisons de Mayence, Coblence et Cologne, n'était pas plus grand qu'il ne l'aurait probablement été dans les circonstances les plus favorables. Nulle part il ne trouva l'ophthalmie égyptienne; s'il y avait des blennorrhées de l'œil, elles étaient plutôt de nature catarrho-rhumatismale. Une maladie épidémique des yeux qui avait fait son apparition en même temps que la grippe dans les environs de Mayence, semblait être de la même nature que cette dernière affection; on crut avoir observé que les endroits où l'affection oculaire avait régné, étaient restés libres de la grippe. Dans ces provinces la proportion des ophthalmistes semblait être plus considérable parmi les campagnards que dans les troupes, conséquence des mesures excellentes prises par le gouvernement prussien pour ses soldats. Dans le séminaire catholique à Brichl près de Cologne, il règne depuis plusieurs années une maladie épidémique des yeux, devenue si intense, que le gouvernement prussien a cru devoir ordonner l'évacuation et la désinfection de l'établissement. M. Jungken croit trouver les causes de cette épidémie, très-semblable dans ses symptômes à l'ophthalmie qui règne parmi nos troupes, dans la situation basse du bâtiment qui est en outre entouré d'eaux stagnantes et dans lequel les séminaristes se trouvent entassés en beaucoup trop grand nombre. Les parquets de pierre sont toujours froids; les séminaristes se lavent la tête à froid, enfin ils s'exposent aux mêmes causes occasionnelles que nos soldats. M. Jungken conseille de changer de local pour faire cesser cette maladie. Sur toute la rive d'outre-rhénane, il a trouvé un grand nombre d'individus atteints à un léger dégré des suites des *ophthalmo-blennorrhées catarrho-rhumatismales ;* leurs yeux se caractérisent par un peu de sécrétion muqueuse augmentée dans les angles des paupières et entre les cils, légèrement collés par un léger gonflement des bords du tarse, sans rougeur, par une plus grande sensibilité au grand jour et à l'air, un rétrécissement de la fente palpébrale et un aspect trouble et larmoyant. » (p. 5). On désigne de tels yeux dans ces pays, ordinairement par le nom des *yeux mous* (weiche augen) ; et en renversant la paupière on trouve leur conjontive couverte de granulations.

« Toutes les ophthalmo-blennorrhées, continue M. Jungken, (p. 6), présentent à un certain degré de leur développement *les mêmes phénomènes* et *les mêmes conséquences.* Telles sont les granulations de la conjonctive qui restent à la suite des phénomènes inflammatoires des ophthalmo-blennorrhées gonorrhoïques, des nouveau-nés, aussi bien qu'après l'ophthalmie égyptienne. Ces granulations n'appartiennent donc pas à cette dernière affection seule ; car elles ont existé dans ces *yeux mous* qu'on trouve dans les provinces rhénanes long-temps avant qu'il ne fût question de l'ophthalmie égyptienne sur le continent. »

(1) Voir le numéro de mai.

(2) Selon la statistique qu'il donne des soldats devenus aveugles en Belgique à la suite d'ophthalmie, leur nombre monterait à 4000; 10,000 ont conservé un œil; tous jeunes militaires de l'âge de 15 à 20 ans, qui sont pensionnés par l'état.

A la suite de cette analyse des observations faites par M. le professeur Jungken dans son voyage, nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur communiquant d'une manière plus explicite, et avec les paroles du professeur même, sa profession de foi sur la nature contagieuse de la maladie, profession de foi qu'il semble avoir énoncée avec moins de réserve et plus de franchise envers ses compatriotes qu'il ne l'a fait dans le mémoire original.

« Il n'a pas manqué, dit M. Jungken (p. 8), d'opinions erronées sur le mode de *propagation* des ophthalmo-blennorrhées. *La nature contagieuse de l'ophthalmie égyptienne est connue;* mais on l'attribue généralement à un virus spécifique qui, selon l'opinion fausse de plusieurs médecins, peut rester attaché à des corps morts pendant des années sans perdre sa force d'infection. Toutes les ophthalmo-blennorrhées, quelles que soient leur nature et leur origine, possèdent également la faculté de se propager par contagion. L'ophthalmo-blennorrhée des enfans nouveau-nés est contagieuse à un tel degré qu'elle provoque la même maladie d'une manière affreuse chez des adultes, dès qu'on porte à leurs yeux un peu de la matière muqueuse des yeux de l'enfant. J'ai vu plusieurs exemples de personnes adultes qui perdirent la vue de cette manière, et il se trouve même en ce moment dans ma clinique une personne qui, en donnant des soins à un enfant malade des yeux, se nettoya les siens avec une petite éponge qu'elle avait employée pour les yeux de l'enfant, et malgré le soin qu'elle avait eu auparavant de la laver dans de l'eau froide, l'usage de cette éponge lui donna le même soir encore une blennorrhée des deux yeux, à un tel degré de violence que le lendemain l'un était entièrement détruit et il ne restait de l'autre qu'autant qu'il était nécessaire pour pouvoir rendre la vue à la malade par la formation d'une pupille artificielle. J'ai vu bien des fois que de petites filles, atteintes d'une leucorrhée produite par des ascarides ou par une disposition scrofuleuse, en se portant du mucus à l'œil, contractèrent des blennorrhées des yeux, tout à fait semblables à l'ophthalmo-blennorrhée gonorrhoïque, tant en violence des phénomènes que sous le rapport de leur marche. Dans un tel cas, un enfant, malade des yeux, infecta par propagation du virus d'un individu à l'autre une famille de sept personnes et dans toutes l'affection eut un caractère également dangereux.

» Les ophthalmo-blennorrhées qui naissent des ophthalmies catarrhales et catarrho-rhumatismales, ne sont pas moins contagieuses que toute autre blennorrhée des yeux et peuvent se propager d'un individu à l'autre par le contact de la *matière sécrétée.* De telles blennorrhées ne sont pas rares chez nous dans les basses classes de la société, et presque toujours j'ai vu la maladie, une fois qu'elle a fait son éruption dans une famille, se propager rapidement sur plusieurs ou même sur tous ses membres; surtout si un trop grand nombre d'individus se trouvent entassés dans un espace étroit.

» Les ophthalmo-blennorrhées gonorrhoïques sont également contagieuses comme celles dont je viens de parler; j'ai rencontré plusieurs cas, dans lesquels la maladie avait été propagée d'individu à individu par le moyen de la transmission de la matière sécrétée des yeux.

» Rien ne seconde en général mieux la propagation de toute ophthalmo-blennorrhée que l'entassement de plusieurs personnes dans la même maison, parce que dans les basses classes l'usage commun des ustensiles de propreté, des literies et d'autre linge est presque inévitable.

» La contagion des ophthalmo-blennorrhées ne dépend nullement de la nature de la maladie, ni de leurs causes et conséquemment pas d'un virus spécifique; mais elle dépend *du degré de leur développement et de la véhémence de leurs phénomènes;* la contagiosité s'accroît ou diminue en raison de ces derniers. Plus les phénomènes inflammatoires d'une ophthalmo-blennorrhée sont violens et plus sa marche est rapide; plus elle est contagieuse. Les ophthalmo-blennorrhées d'une marche rapide exercent leur influence infectante même sur l'œil le plus sain dès qu'il vient en contact avec tant soit peu du mucus sécrété par elles; mais elles perdent cette qualité en raison que les phénomènes inflammatoires diminuent. S'ils sont disparus et qu'il ne reste que la blennorrhée simple, la sécrétion ne sera pernicieuse qu'à des yeux déjà prédisposés.

» Quant aux qualités de la matière qui découle des yeux, elle sera d'autant plus dangereuse qu'elle ressemble en couleur et en consistance a un pus de bonne condition. Une minime partie d'une telle matière agira comme contagion sur l'œil le plus sain; et on en trouvera

» rarement un qui puisse résister à l'action d'une matière sécrétée de cette condition. Mais la » matière perd la contagiosité à mesure qu'elle diffère du pus en consistance et en couleur et » qu'elle ressemble plutôt à un mucus doux et albumineux, mêlé de larmes; celle-ci n'agit » plus du tout sur des yeux sains et n'exerce sa contagiosité que sur des yeux irrités et déjà » prédisposés. La prédisposition même peut être *constitutionnelle* ou *individuelle*. Nous la » trouvons surtout constitutionnelle dans les temps où règnent des vents violens d'est et de » nord-est, pendant des grands changemens de température; pendant les grandes chaleurs, » surtout si l'air est chargé d'un orage. La prédisposition individuelle se développe tantôt par » des dyscrasies, surtout par les scrofules et des maladies abdominales; tantôt par toutes les » causes qui, donnant lieu à des violentes congestions vers les organes de la vue, les main- » tiennent dans un état d'irritation.

» Si plusieurs individus, atteints d'une ophthalmo-blennorrhée d'un naturel quelconque, se » trouvent ensemble dans un espace proportionnellement étroit, où l'air n'est pas suffisamment » renouvelé, et si ces individus manquent de propreté, en même temps que la sécrétion des » yeux est forte, l'air peut se décomposer de manière que le caractère de la maladie ne devient » pas seulement pernicieux dans ceux qui en sont atteints et finit par détruire leurs yeux, mais » que même des personnes bien portantes avec des yeux irrités et prédisposés peuvent être » affectées d'une ophthalmo-blennorrhée dans une atmosphère semblable. J'ai eu plusieurs fois, » et dans différens endroits, occasion de transporter des malades, atteints d'ophthalmo-blen- » norrhée, d'une telle atmosphère produite par l'entassement de plusieurs individus semblables » dans une autre atmosphère également mauvaise et corrompue produite, par exemple, par des » malades d'une autre espèce, et j'ai trouvé chaque fois une amélioration marquée des yeux; » *preuve manifeste, qu'il dut y avoir eu un miasme particulier dans la première atmosphère.* » Les ophthalmo-blennorrhées peuvent donc aussi *se propager par miasme* sous des certaines » circonstances qui peuvent être secondées par des influences atmosphériques, surtout par des » grandes chaleurs et par un temps orageux.»

Tel est l'exposé des faits et des opinions que l'auteur a ajoutés à son mémoire primitif; il prouve, comme nous l'avons déjà dit dans un autre endroit de ce journal, que M. Jungken, contagioniste par principe, n'a fait, lors de son voyage en Belgique, de concession en faveur de systèmes contraires, qu'afin de ne blesser personne parmi les notabilités médicales qui composaient la commission des recherches sur l'ophthalmie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES AU XIXe SIÈCLE, ETC., TOMES IV ET V.

BRUXELLES, ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE.

En rendant compte des trois premiers volumes de cette importante publication, j'ai fait ressortir d'une part son utilité, considérée d'une manière absolue, et de l'autre son incontestable supériorité sur toutes celles du même genre qui ont paru jusqu'à ce jour. Les 4e et 5e, que j'ai devant les yeux, viennent donner un nouvel appui à mon opinion. En effet, que de notions intéressantes n'y rencontre-t-on pas qu'on serait obligé d'aller chercher ailleurs à grandes dépenses d'argent et de temps? Les rédacteurs ont puisé, indépendamment des deux grands ouvrages qui leur servent de sources principales, dans le *Dictionnaire historique de la médecine*, et lui ont emprunté un article fort bien fait, mais que par cela même on regrette de voir si court, sur l'histoire de la médecine chez les Arabes. M. le docteur Marinus, de Bruxelles, a enrichi le 5e vol. d'un Mémoire sur l'ophthalmie dite de l'armée belge, écrit avec autant de précision que d'impartialité. On aurait pu souhaiter qu'il ne se fût pas si étroitement renfermé dans ce qui concerne la Belgique, et qu'il eût fait connaître les opinions des médecins anglais et allemands sur le même fléau qui a fait tant de ravages dans les armées de leur nation : l'ophthalmie belge n'étant, comme je l'ai dit ailleurs, qu'un épisode dans

un grand drame. Parmi les autres articles importans que contiennent ces deux volumes, il faut citer : *Anus anormal, apoplexie, artères, arthrite, articulations, auscultation, bégaiement;* et pour ceux qui s'intéressent à l'histoire des eaux minérales : *Bagnères, Barèges.* A l'article *Bandages* nous devons signaler une omission grave, celle de l'appréciation du système de M. Mayor, de Lausanne (*). J'ai été témoin l'année dernière, des démonstrations que ce médecin en a faites à Paris, à l'Académie de médecine et dans les hôpitaux. On ne saurait lui contester le mérite d'être ingénieux, simple, facile et applicable, sinon à tous, du moins à la très-grande majorité des cas.

Il n'y a que des éloges à donner à la ponctualité avec laquelle l'entreprise remplit ses engagemens; c'est un titre de plus aux encouragemens de tous ceux qui s'intéressent à la science.

FALLOT, D. M.

COURS DE CHIMIE ORGANIQUE, par GUILLERY. Un vol. in-8°. — *Bruxelles et Mons*, 1834.

Tel est le titre d'un ouvrage qui vient de paraître, et pour lequel un journal complaisant de cette ville a bien voulu ouvrir ses colonnes, afin d'en faire un éloge pompeux, ainsi que de l'homme savant qui en est l'auteur.

Comme les ouvrages de ce professeur ont toujours été estimés à leur juste valeur dès l'instant de leur apparition, il devenait curieux de savoir si cette nouvelle publication subirait le même sort, et nous avons ouvert le livre.

Ce volume semble être jeté dans le public comme par un effet du hasard, sans trop savoir à quelle classe de lecteurs il est destiné; il y a plus que de la hardiesse de la part de l'auteur en publiant un semblable ouvrage, dans un moment où la France nous donne des élémens de chimie faits de mains de maîtres, et qui ne laissent rien à désirer pour ceux qui se livrent à l'étude de cette science.

Ce volume qui n'est précédé d'aucune préface, est-il destiné aux élèves de l'école industrielle? de chimie pharmaceutique? de chimie médicale? de chimie appliquée à l'artillerie et au génie? de chimie générale ? car le professeur est sensé donner tous ces cours. Si c'est de la chimie appliquée aux arts, elle est insignifiante et pas même au niveau de la science; pour les autres branches, elles sont totalement oubliées. Serait-ce pour faire connaître des idées neuves dues au génie du professeur? Mais rien de cela n'existe; ce n'est, à proprement parler, qu'une compilation inexacte, sans ordre et sans méthode des ouvrages français; c'est, en un mot, une publication superflue et indigeste, qui ne peut même pas rivaliser avec le plus petit manuel encyclopédique. Et c'est à soixante lieues de Paris qu'on publie de telles productions qui conviendraient tout au plus au peuple le moins civilisé!

L'auteur a divisé son ouvrage en deux parties; la première traite de la chimie organique; la seconde s'occupe de son application dans les arts et l'industrie. (Notez bien que cette dernière est renfermée dans l'espace de vingt-cinq pages.....!!!)

Je considère cette espèce d'appendice comme le fruit d'un remords de conscience, car comme l'ouvrage ne s'adresse à personne, il a bien fallu lui ajouter cette seconde partie pour dire au moins qu'il est destiné aux élèves de l'école de l'industrie.

Je le demande, une telle division ne suffit-elle pas pour donner une haute idée de l'auteur? qui a jamais vu un ouvrage divisé de la sorte? quel motif s'opposait, par exemple, de donner, selon la marche ordinaire, à la suite des propriétés physiques et chimiques de chacun des corps, leurs propriétés économiques, leurs usages dans les arts et la médecine, etc.? Mais poursuivons.

Dans la première partie, l'auteur commence par expliquer le jeu des principes élémentaires sous l'influence de l'action vitale; ce passage est écrit avec tant de lucidité, que je défie le plus éclairé de ses élèves d'y comprendre la moindre chose. A la fin de cette espèce d'avant-propos, l'auteur semble fort embarrassé de donner une classification; il ne veut point

(*) L'appareil de M. Mayor sera décrit dans le grand ouvrage que nous dirigeons, aux articles qui traiteront des fractures des membres où il peut être utile de recourir à son emploi. Nous avons préféré d'en agir ainsi pour ne pas nous exposer à des répétitions. (Dr MARINUS.)

imiter Thénard, car c'est de la vieille division, il ne veut pas imiter Raspail, ce serait un vol; force lui a été d'en créer une, où il cherche cependant à singer Raspail; mais malheureusement la distance est immense entre notre auteur et le célèbre prisonnier de Sainte-Pélagie, entre les mains duquel le microscope est un jeu. C'est la fable de la Grenouille et du Bœuf.

Il divise le règne organique en deux sections : dans la première, est placé tout ce qui a rapport au règne végétal, dans la seconde tout ce qui se rattache au règne animal. Ces deux sections se trouvent subdivisées en trois autres.

Pour le règne végétal : 1° substances contenues dans la sève, ou qui concourent à la germination et à l'accroissement des végétaux, 2° produits de la végétation, 3° substances rejetées par la végétation.

Pour le règne animal : 1° substances qui alimentent les parties du corps, 2° produits de l'alimentation, 3° substances excrémentitielles.

Il faut l'avouer, jamais plus mauvaise conception n'a vu le jour; je le prouverai : il ose appeler cela une classification naturelle; mais il n'a donc jamais étudié la nature? On pourrait croire que l'auteur a distribué son travail d'après cette classification, mais une seule inspection de l'ouvrage prouve qu'il n'en est rien, pas même un chapitre ni un paragraphe ne s'y trouve. Les corps sont distribués de manière à ne pas s'y reconnaître.

S'il avait dû suivre la classification qu'il a donnée, dans quelle classe aurait-il mis le sucre? qui est 1° un principe d'alimentation dans un grand nombre de végétaux, dans l'acte de la germination; 2° un produit de végétation, comme dans le *saccharum officinale*, la betterave, le *daucus carotta*, etc.; 3° un produit excrémentitiel, puisqu'on le rencontre sur le tronc et les feuilles de certains végétaux; les espèces du genre aloës, par exemple, laissent écouler de leur stigmate du sucre dans un grand état de pureté.

Pour donner une haute idée de l'ordre qui règne dans l'ouvrage, il suffira de faire observer qu'immédiatement après le sucre, qui est le premier corps mis à l'étude, il traite de la fermentation, de l'alcool, des éthers, etc., etc. Ce sont des corps, d'après sa classification, qui ne doivent trouver aucune place, et qu'il s'est vu forcé de reléguer près du sucre.

Revenons à la première subdivision : *substances contenues dans la sève ou qui concourent à la germination et à l'accroissement des végétaux;* je désirerais voir la liste des substances en général que contient la sève, tracée par le professeur. Il ne viendra pas nous soutenir, par exemple, que le sucre, les gommes, les gommes résines, les résines, etc., etc., soient des substances contenues dans la sève, car alors il donnerait la preuve de la plus complète ignorance; puisque ces substances sont charriées par des vaisseaux propres, tandis que la sève se trouve l'être par des vaisseaux particuliers.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette pauvre classification; le livre n'en vaut pas la peine.

Je crois pouvoir me dispenser de repasser les uns après les autres, les corps qui sont rapportés dans l'ouvrage; alors je m'imposerais l'obligation de faire un travail plus volumineux que celui du professeur. Je me bornerai tout au plus, à quelques observations prises au hasard.

Du sucre.— Comme cette substance est connue de tout le monde, dit-il, il se dispense d'entrer dans des longs détails sur ses propriétés physiques; mais une chose digne de remarque, c'est que le professeur met au rang des propriétés physiques, l'action du calorique, de l'air atmosphérique, de l'alcool sur le sucre; il faut ignorer jusqu'aux premiers principes de chimie, pour se conduire de la sorte. Le reste de l'article *Sucre*, est tout ce que l'on rencontre dans les ouvrages élémentaires de chimie, au désordre près, et quoique mal traité il peut encore passer pour le meilleur; tous les autres sont tellement tronqués, qu'on prendrait le reste de l'ouvrage pour une simple nomenclature; en second lieu, plus de la moitié des corps les plus importans à connaître, sont passés sous silence.

Du salep. — Cette substance qui paraît ne pas avoir été étudiée par l'auteur du *Cours de chimie organique*, occupe deux places; il en parle 1° lorsqu'il traite des fécules, à l'imitation de Raspail et Thénard, 2° on le rencontre encore à l'article *Mucilage*, où il dit que cette substance est soluble dans l'eau chaude, et lorsqu'elle est pulvérisée ou moulue elle devient soluble dans l'eau froide; a-t-il oublié que Raspail dit que la chaleur agit mécaniquement sur les fécules en brisant les tégumens qui laissent alors échapper la partie soluble et que la percussion ou la mouture agissent de la même manière et les rendent solubles à froid.

Pour prouver que cet écrit n'est pas au niveau de la science, l'article *lait* est là pour le constater; M. le professeur ose avancer qu'on s'est trop empressé de donner le nom d'acide lactique à un produit qui se forme dans ce liquide, tandis que ce n'est que de l'acide acétique; mais où M. le professeur est-il allé chercher cette leçon? on voit bien qu'il ne lit jamais les journaux scientifiques, quoique son *instrument électo-magnétique*, qu'il a eu soin de faire prôner par les journaux politiques, nous en ait donné la preuve; il ignore donc que M. Gay-Lussac fils et Pelouze ont présenté un mémoire à l'Académie royale des sciences de Paris, dans une des séances de juillet 1833, sur l'extraction de l'acide lactique bien caractérisé, ainsi que sa composition et ses composés?

Du tannin.— En traitant du tannin, l'auteur prouve encore qu'il n'étudie pas, puisqu'il avance qu'il est extrêmement difficile à obtenir et jamais pur; tandis que M. Pelouze a présenté à la Société de pharmacie de Paris, dans sa séance du 7 juillet 1833, du tannin à l'état cristallin et blanc, ainsi que le moyen facile à l'aide duquel on parvient à l'obtenir.

En résumé, il n'est pas difficile de voir que cet ouvrage est l'œuvre d'un homme qui ne connaît, non-seulement pas la chimie, mais qui en ignore même les principes.

De l'examen dans lequel nous sommes entré, il faut conclure que l'auteur a mieux étudié le caractère du Belge et de nos gouvernans, que la science qu'il professe; et il a le talent de mettre à profit le fruit de ses labeurs, puisque, quoiqu'étranger au pays, il se trouve à la tête des principaux établissemens de la capitale, et occupe des emplois fort lucratifs, dont le gouvernement l'a doté. C'est ainsi que nous mettons trop aisément notre confiance en des hommes qui savent se faire prôner dans les journaux quotidiens, faveur dont notre auteur use largement. Mais ce qui étonnera, c'est que jamais aucun journal scientifique ne s'est occupé de ses travaux.

L....

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE.

A M. le rédacteur du BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Votre impartialité et votre amour pour la vérité me donnent la certitude, que, dans l'intérêt de la question *Ophthalmique*, comme dans celui de la science en général, vous accorderez une place dans votre intéressant journal, à quelques remarques que m'ont suggéré vos observations critiques, insérées dans votre BULLETIN, n° 8.—Août 1834, sur mon ouvrage intitulé : DES CAUSES DE L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE.

De toutes les causes de l'ophthalmie de nos troupes, rapportées par les auteurs qui se sont livrés à des recherches sur cette maladie, nous avons indiqué les corps étrangers qui s'introduisent dans les yeux du soldat, pendant qu'il se livre au nettoiement de ses armes et effets, comme les plus énergiques dans la production du mal, parce qu'aucun stimulant ne nous paraît devoir amener plus promptement l'inflammation de l'œil, accompagnée de tous les symptômes hideux qui la caractérisent, qu'une matière mordante qui se dépose sur cet organe. Nous donnons cette opinion pour un fait que l'expérience loin de détruire doit confirmer.

Cependant il semblerait, qu'en donnant cette importance à notre étiologie, nous avons donné dans un système exclusif; mais l'opinion de M. le docteur Jungken, que je cite dans le titre de mon écrit, sous forme d'épigraphe, suffit, je pense, pour détruire cette supposition; car, tout en considérant les substances dont le militaire se sert pour entretenir la propreté de ses effets, ainsi que le vert-de-gris qui se dépose sur les boutons et autres objets en cuivre, comme les causes essentielles du fléau, je me suis attaché particulièrement dans mon travail, à établir l'analogie des agens morbides produisant l'ophthalmie chez les Egyptiens (vu l'identité des symptômes) avec ceux plus particuliers à nos soldats; cette analogie est démontrée ensuite dans un tableau comparatif.

Quant à cette objection : « Que les ouvriers qui manient le cuivre, ceux employés à piler le vert-de-gris qui sert à être broyé aux couleurs, ceux qui travaillent dans la chaux vive e

dont les yeux sont continuellement en contact avec une atmosphère de poussière irritante et qui, certes, ne prennent pas de grandes précautions de propreté, devraient être fréquemment atteints d'ophthalmie ; » elle a été prévue et nous y avons répondu d'avance, p. 69 : que c'est une grande erreur de supposer que ces individus sont totalement exempts de l'ophthalmie ; le fait rapporté par M. Aerts (1) est une preuve que l'on peut vérifier tous les jours, outre beaucoup d'autres exemples auxquels il n'a pas été assez fait attention, mais que quelques recherches mettront bientôt en évidence. Si d'ailleurs ces hommes n'en sont pas plus affectés, il faut remarquer surtout qu'ils ne sont pas soldats, et que conséquemment ils ne sont pas soumis à une foule d'influences plus particulières à l'état militaire. Au surplus, il n'est aucun de ces états qui oblige ceux qui l'exercent, à se trouver constamment dans une atmosphère chargée de toutes les particules nuisibles, qui sont dans un contact presque continuel avec les yeux du soldat.

Agréez, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée,

C. Van Honsebrouck, M. D.

Anvers, le 4 octobre 1834.

La rédaction n'a fait aucune difficulté pour insérer la lettre de M. le docteur Van Honsebrouck; il a suffi du désir qu'il en a témoigné pour qu'elle y satisfît. Cependant elle se doit à elle-même et à ses lecteurs de déclarer qu'elle ignore ce que la *question ophthalmique en particulier* et la *science en général* y gagneront. Elle ne sait même pas au juste ce qu'elle doit voir dans cette lettre, ou une explication du système plaidé dans la brochure, ou une réclamation contre le jugement que la rédaction en a porté. Dans l'une comme dans l'autre suppositions, elle serait inutile, la lettre n'ajoutant aucun argument de plus à ceux avancés déjà par l'auteur et ne contenant rien qui puisse changer l'opinion que nous avons émise; quelque convaincu qu'il puisse être de la vérité de la sienne, M. Van Honsebrouck ne peut pas prétendre nous la faire partager avant d'avoir détruit les raisons que nous avons fait valoir contre elle, et voilà ce qu'il n'a pas fait ; y répondre serait par conséquent rentrer sans fruit ni résultat dans une polémique dont les élémens sont tous debout devant les yeux de nos lecteurs. MM. Fallot et Varlez, sont partis de faits nombreux pour démontrer la faible part qu'avait dans la production de l'ophthalmie le blanchiment des effets militaires par le carbonate de chaux ; mais ils n'ont pas avancé que ce sel était un tel préservatif contre cette maladie, que ceux qui en font le commerce doivent, *par cela seul*, en être à tout jamais préservés. Pourquoi un marchand de terre de pipe ou de tripoli n'aurait-il pas l'ophthalmie quand d'ailleurs il y est prédisposé ? Et l'exemple emprunté à M. Aerts ne prouve autre chose sinon que cela peut avoir lieu. Si en place d'un, ce chirurgien en avait trouvé atteints tous ceux qui font ce commerce, alors cela vaudrait la peine qu'on s'y arrêtât et qu'on en recherchât les causes.

En finissant, nous croyons, dans l'intérêt de la *question ophthalmique*, devoir fixer avec plus de précision à quoi, dans son état actuel, doivent s'attacher ceux qui en cherchent la cause dans *l'un ou l'autre des agens auxquels le soldat est constamment exposé ;* c'est à démontrer que les granulations que beaucoup d'auteurs s'accordent à considérer comme leur caractère anatomique ne le sont pas ; ou, en admettant qu'elles le sont, que les facteurs de notre ophthalmie militaire, dans quelque classe qu'on les choisisse, possèdent pour l'élément organique, de l'altération duquel les granulations sont un symptôme, une prédilection spéciale, exerçant sur lui une action particulière et déterminée.

IMPÔT ARBITRAIRE SUPPORTÉ PAR LES MÉDECINS.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans votre dernier numéro un article sur les patentes des médecins, injustice criante

(1) Voyez note 2, p. 53, de mon ouvrage.

que la loi consacre; mais nous sommes victimes d'une vexation illégale bien plus révoltante relativement à l'impôt de vingt florins exigé sur nos chevaux, taxé comme chevaux de luxe.

L'art. 46 de la base 6e de la loi sur la contribution personnelle dit textuellement que tout cheval servant uniquement à l'industrie, *profession*, agriculture ou métier, est exempt de droit, pourvu qu'il ne rentre pas dans le cas prévu par l'article 42, § 3, c'est-à-dire qu'il ne soit point attelé à des voitures suspendues; dans ce dernier cas il serait passible d'un droit de sept florins.

Je ne chercherai pas ici à démontrer que le cheval d'un médecin sert uniquement à sa profession; c'est une chose prouvée pour toutes les personnes de bonne foi, surtout relativement aux médecins des campagnes. Il ne serait pas non plus difficile de le démontrer pour les médecins des grandes villes qui ne devraient payer que 7 florins pour un cheval attelé. C'est en vain que l'on veut torturer le sens de la loi pour la faire tourner contre nous. Un cheval, nous dit-on, n'est pas indispensable pour traiter un malade; mais quelquefois c'est la condition *sinà quâ non;* très-souvent la vie d'un homme dépend de la célérité de notre course et sans cheval, je puis assurer que déjà plusieurs fois je n'aurais trouvé qu'un cadavre au lieu d'un malade, que des secours prompts ont arraché à la mort; le législateur aurait-il voulu apporter des entraves aux secours corporels, quand il cherchait à les éloigner pour les secours spirituels? Non, certes, et, si déjà nos chevaux n'avaient été exemptés du droit par l'art. 46, il nous aurait réunis dans la même exception que MM. les curés des campagnes qui peuvent tenir des chevaux sans payer aucun droit; mais c'eut été une répétition. Il est une foule d'autres considérations qui démontrent à l'évidence que la loi est pour nous; mais le fisc tient fort peu à celle-ci, quand des décrets ministériels de l'ancien gouvernement et je ne sais quels arrêts judiciaires rendus par des juges amovibles, sont en opposition avec elle. C'est en vain que vous vous adressez à l'administration ou à la députation des états, ils vous répondent simplement qu'il n'y a pas lieu à accueillir votre réclamation, et que si vous voulez une copie de leur décision (je transcris textuellement) il faut envoyer un timbre d'un franc et 20 centimes!! Il n'est qu'un seul moyen pour nous d'obtenir justice, c'est de nous associer et de désigner un ou deux médecins qui se laisseront attraire devant les tribunaux; de l'avis de la plupart des membres du barreau notre cause sera infailliblement gagnée.

L'objet de ma lettre intéressant le corps médical en général, j'ai cru, M. le rédacteur, pouvoir appeler votre attention sur ce point, persuadé que poursuivant la tâche que vous avez si bien commencée, vous plaiderez avec zèle et talent la cause de vos confrères et vous proposerez les moyens les plus faciles pour arriver à une prompte réparation de l'injustice dont nous sommes victimes.

Beauraing, le 28 septembre 1834. SOVET, D. M.

VARIÉTÉS.

LETTRE A UN MÉDECIN DE PROVINCE.

Vous me demandez, mon cher confrère, des nouvelles médicales sur la capitale, et vous manifestez particulièrement le désir de savoir jusqu'où vont les prétendues merveilles de la médecine homœopathique dont la renommée est parvenue jusqu'à vous, qui vivez tranquillement retiré dans un coin de la province, aimé et chéri de ceux qui vous entourent, à l'abri de tout ce clinquant de nouveautés scientifiques, bagage obligé de nos médecins à la mode.

Grand est mon embarras pour répondre à vos nombreuses questions; je crains de froisser quelques ambitions, de blesser l'amour-propre de certains confrères qui ne me pardonneront pas mon indiscrétion; mais à tout hasard et au risque de déplaire à quelques personnes, fort honorables sans doute, je laisse courir ma plume et je vais causer tout à mon aise pour vous apprendre ce que vous êtes si désireux de connaître.

Et d'abord, je commencerai par vous dire qu'il ne faut pas vous attendre à ce que je vous entretienne de travaux et réunions académiques: la médecine n'a pas encore l'honneur d'être

représentée dans le sein de l'Académie belge ; des cours universitaires, des conférences cliniques : nous n'avons rien de tout cela ; mais en revanche, nous avons en perspective une université libre, qui aura sa faculté de médecine, qu'on organise en ce moment et à l'érection de laquelle tous les libéraux, grands et petits, s'intéressent, et dont on nous promet l'ouverture pour le mois de novembre prochain. Il y aura donc concurrence entre l'université libre et les universités établies par le gouvernement, et la rivalité qui s'établira entre elles pourra tourner à l'avantage de la science dans notre pays, à nous faire sortir de l'état d'apathie dans lequel nous paraissons être plongés. Puisse cette rivalité servir à imprimer une nouvelle impulsion à nos travaux, à nos recherches, à nous émanciper en quelque sorte, afin que nous ne soyons plus, comme nous l'avons été jusqu'ici, tributaires de la France, et que nous puissions un jour nous assigner un rang parmi les nations civilisées, soutenir enfin l'ancienne réputation de la patrie des Vésale, des Van Helmont, des Réga. Nous verrons bien.

Mais je sens que je m'écarte de mon sujet; je voulais vous parler de l'homœopathie et je m'élance dans l'avenir ; pardonnez-moi cette digression, je vais essayer de satisfaire votre impatiente curiosité. Vous n'ignorez pas, mon cher confrère, que le nombre des remèdes et des découvertes utiles à l'humanité s'est prodigieusement accru depuis une vingtaine d'années ; nous avons vu briller tour à tour le fameux remède Leroy qui a fait si grand bruit, et qu'un jeune docteur de cette ville cherche à remettre en faveur ; les magnétiseurs qui promettaient monts et merveilles et qui ne firent que nous amuser; la doctrine physiologique dont le règne fut si beau et à laquelle très-peu de disciples du maître sont restés fidèles ; nous avons encore vu en Belgique, les succès éphémères du magnétisme minéral qu'un certain docteur allemand nommé Keil vendit à plusieurs médecins sur la foi du serment et pour une somme convenue ; enfin, nous avons le fameux rob de Gireaudeau de St.-Gervais, le sirop concentré de salsepareille, et mille et un autre remèdes secrets, *ejusdum farinæ*, qui nous arrivent de France et dont les vertus étonnantes sont à chaque instant rappelées dans les colonnes d'annonces de l'*Emancipation* et sur de grandes affiches bariolées de diverses couleurs.

Mais tout cela n'est rien à côté de la nouvelle doctrine qui s'est élevée du fond de l'Allemagne, doctrine qui proclame hautement à la face de l'univers que toutes nos idées acquises antérieurement en médecine sont fausses et erronées. Malheur à ceux qui ne veulent ou ne savent rien comprendre à son langage mystique (car il n'est pas donné à tout le monde de le comprendre), on les traite impitoyablement de médecins *allopathes*, ce qui équivaut à peu près au mot ignorant. Les médecins homœopathes donc, c'est-à-dire ceux qui ont le bonheur d'être initiés à la doctrine du maître, vous débitent avec assurance que la vraie médecine, la seule qui guérit, existe tout entière dans l'application de ce principe : *Similia similibus curantur.* Ecoutez les paroles d'Hahnemann lui-même : *Pour guérir d'une manière douce, prompte, certaine et durable,* dit-il, *il faut choisir, dans chaque cas de maladie, un médicament qui soit capable par lui-même, de provoquer une affection semblable à celle contre laquelle on se propose de l'employer.* Rien ne résiste à ce genre de médication ! Que l'on dise encore, après cela, que le 19e siècle, le siècle des lumières comme on l'appelle, n'est pas fécond en inventions et découvertes utiles à l'humanité souffrante. Je ne conçois pas qu'au milieu de ce mouvement progressif on n'ait pas encore trouvé le secret de rendre l'homme immortel, de conserver la fraîcheur et la santé de nos dames; patience, cela viendra peut-être un jour! je ne conçois pas qu'avec de si beaux et de si bons remèdes on puisse encore être malade et mourir comme par le passé : c'est cependant ce que l'on fait encore tous les jours !

Nous, pauvres médecins *allopathes*, qui ne voulons pas être des faux croyans, nous continuons toujours de marcher dans la route battue ; si nous avons quelquefois des revers dans la pratique, nous avons aussi des succès qui sont bien propres à nous encourager, et nous avons la consolation de voir que nos confrères *homœopathes* ne sont pas plus heureux que nous, quoiqu'ils prétendent pouvoir guérir à l'aide de leurs doses infinétisimales et de leurs globules les maladies les plus désespérées. Je conclus moi, d'après ce que j'entends chaque jour, que la médecine homœopathique est loin de réaliser les beaux rêves de son fondateur ; elle guérit quelquefois, il est vrai, mais la médecine dite *expectante* guérit souvent aussi et il est permis de croire que l'homœopathie n'agit pas autrement. C'est ce que je suis autorisé à croire

par une anecdote arrivée récemment ici et que je vais vous raconter. Un homme est atteint d'aliénation mentale et déposé dans une maison consacrée au traitement de ces maladies; il est confié aux soins d'un médecin homœopathe, qui s'empresse de prescrire les fameuses poudres dont il se promet les plus heureux résultats; le malade devient furieux à leur aspect et les rejette; le médecin insiste et ordonne qu'on les lui administre bon gré malgré, chaque jour. Les personnes chargées de ce soin promettent tout, et au lieu de la poudre prescrite, elles font prendre au malade des petits paquets de sucre réduit en poudre. Il les avale avec complaisance. Mais, ô prodige! le malade guérit et le docteur, se félicitant tout haut de son succès, ramène triomphant son malade à la famille déplorée, à laquelle il ne manqua pas, comme bien vous pensez, de faire un petit cours d'homœopathie pour démontrer tous les avantages de cette doctrine.

Remarquez, mon cher confrère, que les médecins homœopathes les plus enthousiastes, sont la plupart du nombre de ceux qui, naguère encore, ajoutaient le plus de croyance à la doctrine physiologique de l'illustre Broussais, qu'ils ont désertée aujourd'hui pour sacrifier à un autre dieu; vous connaîtrez alors que ce ne sont que les *médecins à la mode* qui peuvent se jeter ainsi à corps perdu dans de pareilles erreurs de l'esprit humain, car la médecine a aussi ses caprices de mode qui passent comme la saison. Vienne demain une autre doctrine qui fasse grand bruit, et vous les verrez s'enrôler sous ses drapeaux.

Ce n'est pas cependant que je veuille prétendre qu'il n'y a rien de vrai dans l'homœopathie, qu'elle ne contienne pas une idée utile. L'expérience prononcera à cet égard, et nous devons tout attendre des essais entrepris par les médecins consciencieux qui ont promis de déposer dans le BULLETIN MÉDICAL BELGE, le résultat de leurs observations. Et si la velléité vous en prend à votre tour, essayez de l'action des doses atomistiques, leur emploi n'a rien de dangereux. Pourquoi vous refuseriez-vous cette petite satisfaction? Au moins si l'homœopathie ne guérit pas, elle ne fait point de mal. Si vous guérissez, vous trouverez des prôneurs qui emboucheront la trompette pour chanter vos succès, et votre réputation est faite. L'homœopathie fait plus encore; elle fait de l'argent, et ce n'est pas peu de chose par le temps qui court. Ajoutez à cela la facilité qu'il y a pour les malades de recevoir par la poste la consultation et le remède tout à la fois, et pour le médecin de pouvoir renfermer dans un étui une pharmacie portative qui ne le quitte jamais, et vous conviendrez que la doctrine d'Hahnemann est bien faite pour séduire les plus incrédules.

Mais c'est assez de l'homœopathie et des apôtres qui la desservent; je laisse là ce sujet, que nous pourrons reprendre une autre fois, pour vous parler d'un autre traitement qui a pour les croyans un prestige bien plus grand; je veux parler du spécifique du sieur Lubin, qui n'est ni docteur, ni docte savant, mais tout simplement ex-employé de la poste, lequel M. Lubin est, dit-on, l'inventeur d'un *spécifique sans pareil*, panacée universelle qui possède, à ce que l'on assure, la merveilleuse propriété de guérir tous les maux qui affligent le genre humain, mais particulièrement l'ophthalmie. Il n'est bruit à Bruxelles que des cures admirables qu'il opère; un procès qui lui a été intenté pour exercice illégal de la médecine, a donné à son auteur une sorte de célébrité. Les journaux politiques ont retenti de ses succès et réclamé pour lui le droit d'exercice, attendu qu'il n'est pas nécessaire de posséder un diplôme de docteur pour guérir et soulager l'humanité. Et, le croirait-on? des représentans, des sénateurs, qui, sans doute, ont éprouvé les effets bienfaisans du bénin spécifique, ont pris fait et cause dans cette affaire; ils ont fait trembler la tribune de leurs plaintes, reprochant au gouvernement de ne pas essayer l'emploi du remède de M. Lubin dans le traitement de l'ophthalmie qui afflige l'armée, maladie contre laquelle, à les entendre, les médecins ont vainement épuisé toute leur science. Il est résulté de tout cela que le gouvernement a pris la résolution de confier à M. Lubin un certain nombre d'ophthalmistes qui sont traités dans un local particulier sous la surveillance d'une commission chargée de suivre ses expériences. De leur côté, les médecins de l'hôpital militaire ont dû réunir, conformément aux ordres ministériels, dans une salle affectée à cet usage, le même nombre de soldats atteints d'ophthalmie. Cette double épreuve a pour but d'établir un parallèle entre le traitement par le spécifique du sieur Lubin, et le traitement suivi par MM. les médecins militaires, et de constater quel est celui le plus efficace et le plus salutaire.

Je le demande, n'est-ce pas là déverser le ridicule sur le corps médical tout entier? Quoi! un homme qui se dit l'inventeur d'un remède universel, qui n'offre à la société aucune garantie de capacité, vous le faites marcher de pair avec les médecins qui ont donné des preuves de leur savoir et ont acquis des connaissances étendues dans la science difficile de la médecine! Vous l'autorisez à exercer son empirisme sur les yeux des soldats et vous assumez ainsi la responsabilité des suites funestes qui peuvent en résulter et qui en résulteront infailliblement, malgré l'espèce de surveillance à laquelle vous soumettez ses opérations, pas un seul médecin au monde, quelqu'instruit qu'il soit, ne pouvant répondre des suites d'une médication irrationnelle! Cette condescendance de la part du gouvernement est à la fois dégradante pour l'art et humiliante pour les chefs du service de santé. Je n'ai pas appris qu'aucun d'eux ait protesté contre une mesure aussi absurde. C'est, à mon avis, ravaler bien bas l'art de guérir et les hommes qui l'exercent, sans parler de ce qu'il y a d'illégal à autoriser à l'exercice d'une branche de la médecine d'autres personnes que celles reçues *dans une des écoles du royaume ou dans une faculté étrangère*, ces deux catégories étant les seules reconnues par la législation actuelle, comme fournissant des sujets habiles. N'est-il pas déplorable de voir les représentans de la nation exciter à cette violation, tandis qu'ils auraient dû en provoquer la répression si elle avait été commise?

Je ne connais pas le fameux spécifique dont il est ici question, et je ne sais pas jusqu'à quel point sont fondés les prétendus succès qu'on lui attribue; mais je ne puis m'empêcher de déplorer un pareil état de choses et de voir qu'en tout ceci on passe toujours à côté de la question. En effet, M. Lubin, avec son spécifique, ne peut prétendre extirper pour jamais le fléau de l'armée, il prétend seulement pouvoir mieux guérir l'ophthalmie que les médecins. Or, il n'est pas de médecin tant soit peu instruit qui ne sache comment il faut traiter l'ophthalmie; et si on voulait me prouver le contraire, je dirais qu'aucun officier de santé de l'armée ne peut et ne doit rien ignorer à cet égard, surtout depuis les dernières instructions qu'ils ont reçues. Mais le point difficile, le point capital, essentiel dans cette grande question, c'est de rechercher la cause qui produit la maladie, l'entretient et la propage et de la faire cesser. Cette cause a été indiquée tout récemment par une commission de médecins instruits, et c'est précisément le moment où l'on met à exécution les mesures qu'elle a prescrites, qu'on choisit pour ordonner les expériences de M. Lubin.

Je terminerai ici ma lettre, mon cher confrère, cette discussion pourrait m'entraîner trop loin; c'en est assez sur un pareil sujet et je n'ai pas besoin de faire d'autres commentaires; j'oubliais qu'il ne faut pas, en général, accorder aux remèdes secrets plus d'importance qu'ils ne méritent. C'est déjà leur faire trop d'honneur que de nous en occuper(*).

*
* *

(*) Nous partageons l'opinion de l'auteur de la lettre concernant M. Lubin et son spécifique, et nous ne croirons aux succès de ce dernier dans le traitement de l'ophthalmie que quand ils auront été constatés par une déclaration authentique signée des médecins chargés de suivre ses essais. Les renseignemens que nous avons recueillis nous autorisent à douter de l'exactitude de tout ce que l'on debite chaque jour à ce sujet dans les journaux politiques.
(*Note du Rédacteur.*)

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

DUFRESNE. La médecine selon l'école dite l'allopathie est-elle une science ? 41

HÉRING. Observations sur la psorine. 46

PESCHIER. Observation pratique sur la fièvre intermittente. 49

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

CLAUDIUS TARRAL. Du traitement des tumeurs érectiles. 101

DAVAT. Mémoire sur un cas de rupture du diaphragme par suite des blessures graves, et sur les questions médico-légales qu'elles soulèvent. 109

DEVERGIE (ALPH.) Quelques réflexions sur l'observation précédente. 114

MONDIÈRE. Considérations sur quelques-unes des méprises que l'on peut commettre dans le diagnostic des hernies. 116

MAX. SIMON. De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques. 122

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JUNOD. Recherches physiologiques et thérapeutiques sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air tant sur le corps que sur les membres. 55

PAMARD. Recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux. 59

S. COOPER. Leçons sur les diverses maladies de l'œil, faites à l'Université de Londres. 65

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

JANIN. Observations phrénologiques sur CHAMPOLLION le jeune. 35

BRUYÈRES. Réclamation au sujet d'une assertion de M. Bally, sur les travaux de Gall et de Spurzheim. 41

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

LACAZE. De l'efficacité des émissions sanguines répétées dans le traitement de la pleuro-pneumonie. 96

BOUILLAUD. Lettre sur les bruits anormaux du cœur. (*a.*)

CIVIALE. Quelques remarques sur la lithotritie. 98

LEFÈVRE. Chute sur le menton, fracture de la base du crâne par contre-coup, accidens consécutifs, autopsie. 104

REYNAUD. Siége de l'orchite ou testicule vénérien. 105

TRÉBUCHET. Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France. (Compte rendu par M. FORGET.) 106

VIDAL (De Cassis.) Hernie étranglée avec choléra. — Deux guérisons. — Réflexions. — Un mot sur l'abus du taxis. 108

LEVACHER. Emploi du blanc d'œuf contre le choléra et la cholérine. 113

Responsabilité médicale. Affaire Thouret-Noroy. *ib.*

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

HATTERER. Observation d'une imperforation de l'anus sur un enfant nouveau-né ; sortie du méconium par la vulve ; opération. 39
Résultats d'une série d'expériences sur les révaccinations faites dans l'armée royale de Prusse et de Wurtemberg. *ib.*
LISFRANC (Leçons cliniques de la Pitié). Considérations pratiques sur la thérapeutique des abcès par congestion. 40
» — Sur la gangrène et sur les gaz qui s'échappent des parties sphacélées. 42
CULLÉRIER. (Clinique de l'hôpital des vénériens). Considérations sur la marche des ulcérations syphilitiques primitives et leur traitement. 43
— Constipation opiniâtre guérie par plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, le régime adoucissant et l'emploi de la glace à l'intérieur. (*a.*)
— Sur quelques procédés relatifs à la cure de l'ongle entré dans les chairs. (*a.*)
— Note sur la préparation de la glace artificielle. (*a.*)
— Pois introduit dans le conduit auditif externe ; son extraction à l'aide d'une sangsue. (*a.*)
— Sur les effets de la laine en suint dans le traitement des maladies aiguës. (*a.*)

I. GAZETTE MÉDICALE.

De l'état actuel du choléra en Europe. 231
ROGNETTA. Sur quelques points en litige concernant les luxations et fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. 232
Note sur la découverte de l'acarus scabiei. (*a.*)
VALLEIX. Mémoire pour servir à l'histoire du céphalœmatome. 235
LITTRÉ. Recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes de l'aorte. 239
CRAIGIE. Observations pathologiques et thérapeutiques sur une espèce particulière d'angine. 241
RICH POLL. Influence d'un certain état morbide du cœur sur l'économie. *ib.*
WHITE. Sur la rupture de la tunique péritonéale de l'utérus. 242
TRAVERS BLACKLEY. Recherches sur les causes qui font varier la fréquence du pouls avec la position du corps. 244
CARSON. Observation d'un cas d'épanchement sanguin dans le péricarde, sans rupture de l'aorte ni du cœur. *ib.*
HORNE. Efficacité du nitrate d'argent dans le traitement de la glossite et de l'amygdalite. 245
LEY. Observations sur l'inspiration rauque des enfans. 246
ROGNETTA. Note sur deux maladies peu connues des tendons des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts. 249
BOYER (A.) Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. 252
1° Embarras gastrique. — Affection typhoïde. *ib.*
2° Affection typhoïde sous forme ataxique. *ib.*
3° Fièvre typhoïde intense. 253
4° Abcès enkysté du cerveau. 256
5° Signes d'affection cérébrale profonde. — Aucune altération appréciable après la mort. *ib.*
6° Hémoptysie. 257
7° Coliques hépatiques. 258
RICORD (PHILIP.) Observation d'une fistule stercorale de la région sacrée. 259
RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — Assemblée générale des médecins de Paris. 260
MAYOR (MATTH.) De la condulle à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur. 262
FERRUS. Cours clinique à l'Hospice de Bicêtre, sur les maladies nerveuses. 265
KOEPEN. Guérison d'une blessure remarquable du testicule faite par la morsure d'un serpent. 267
MANDT. Résection d'une portion du rectum. *ib.*
GUNTHER. Du temps nécessaire au développement des tubercules et des foyers purulens des poumons, à la suite de l'injection du pus dans les veines. 269
DIEFFENBACH. Observations sur les plaies de tête. 270
TSCHETIRKIN. Épidémie de gangrène de la rate. 271
Observation d'une danse de St.-Guy, s'accompagnant de phénomènes extraordinaires. 272
RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — 2me assemblée générale des médecins de Paris. 273

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

BOUILLAUD. Quelques réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être placée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation, etc. (*a.*)
Recherches sur l'acarus de la gale. (*a.*)
CHOMEL. Leçons sur le rhumatisme. 121
MONTAULT. Considérations et observations sur le siége, la marche et la terminaison des anévrysmes de l'aorte pectorale. 123
GUERSENT ET BAUDELOCQUE. Observations de phthisie pulmonaire chez les enfans. 125
JUNOD. Recherches sur les effets de la raréfaction de l'air tant sur le corps que sur les membres isolés. (*a.*)
CAZENTRE. Sympathie morbide entre deux frères jumeaux. 127
BOUILLAUD. De la nature et du traitement des rhumatismes. 128

LEVACHER. Emploi de l'albumine contre le choléra et la cholérine. (a.)
JOBERT. Observation de fistule vésico-vaginale opérée par la méthode élytroplastique. 131
GREMAUD. Extirpation d'un kyste séreux contenant plusieurs petits graviers et siégeant dans le cuir chevelu qui recouvre l'occipital. 133
Substances vénéneuses qu'on trouve dans le corps des poissons. 133
Découverte de l'acarus scabiei. — Prix de 300 fr. décerné par M. Lugol à M. Renucci. ib.
WALSHE. Explications sur les bruits de pot fêlé des poumons. 134
LERIVEREND. Gastralgie ; iralgie ; névralgie cubitale et sciatique ; gastro-entérite typhoïde, guérison. ib.
MOULINIÉ. Incontinence d'urine par une cause rare. 136
» Contusion grave déterminée par un coup de tête de bélier ; résultat curieux. ib
De l'existence de la douleur après la décapitation de la guillotine. 137
DELIGNEROLLES. Des injections dans la cavité utérine, comme moyen thérapeutique applicable à plusieurs maladies, notamment à la syphilis et aux hémorrhagies utérines. 138
Hernie étranglée avec choléra. (a.)
PUTROUIH. Relevé de la clinique médicale de l'hôpital St.-André de Bordeaux. 139
DELIGNEROLLES. Un fait à l'appui de l'opinion des physiologistes qui pensent que les sinus frontaux ne servent pas à l'olfaction. 140
GUERSENT. Péricardite et pleurésie; hydropisie générale ; mort ; nécropsie. ib.
CARRON DU VILLARS. Céphalalgie sus-orbitaire traitée par la potion de Rivière à haute dose. 142

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

HUZARD. Sur l'usage de la viande des jeunes veaux. 37
BRECHOT FILS. Mémoire sur les accidens résultant de la fabrication de la céruse. 38
DESCAMPS. Sur les couvreurs et sur une société de secours mutuels qu'ils forment dans la ville de Paris. 40
KERAUDREN. Application du système des fosses inodores au renouvellement de l'air dans la cale des vaisseaux. 42
CHEVALLIER. Faux en écriture. 43
» Blanchiment du papier timbré. 48
» Falsification des alimens. 51
FRANCIS D'IVERNOIS. Lettre sur la mortalité proportionnelle des peuples. 53

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

FUSTER. Des fumigations pulmonaires avec la belladone dans la coqueluche. 73
CONSTANT. Note sur l'emploi de la pommade d'Autenrieth dans le traitement de la coqueluche. 75
De l'application des ventouses scarifiées d'après la méthode de M. Larrey. 77
EM. MOUCHON. Note sur la solidification de l'huile de croton-tiglium par la magnésie. 78
Note sur le *lobélia inflata* et sur son principe actif. 79
CHANEL. De l'emploi de la jusquiame dans la réduction des hernies et du paraphymosis. ib.
PIAZZA. Bons résultats de l'ammoniaque liquide employé dans plusieurs cas d'ivresse. 80
BOURON. Nouvelle préparation de la pommade de concombres et d'une liqueur aromatique du même fruit. 81
Faits tendant à prouver que l'excitation physiologique n'est pas nécessaire pour la contagion syphilitique. ib.
RASPAIL. Mémoire comparatif de l'histoire naturelle de l'insecte de la gale. 82
VALAT. Coup d'œil thérapeutique sur les caractères généraux des maladies des ouvriers des mines. 89
SANDRAS. Du kino et de ses propriétés médicamenteuses. 91
Du traitement des accidens de la première dentition. 92
BOULLAY. De l'analyse chimique prise pour guide dans la discussion des formules pharmaceutiques, et en particulier de l'aconit et de ses préparations. 94
SOUBEIRAN. Quelques réflexions à l'occasion de l'extrait d'aconit. 95
CHRESTIEN. De l'emploi thérapeutique des préparations d'or. — Rectification de quelques formules. 96
Faux signe de la pierre dans la vessie. 98

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

VOGEL. Sur la présence de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans quelques minéraux, dans le sel gemme et le sel marin. 43
» Sur le dégagement de l'acide carbonique et du chlore provenant du peroxide de manganèse et sur les débris organiques dans quelques minéraux. 44
» De l'action de l'hydrochlorate d'ammoniaque sur quelques sulfates et sur l'argent. 45
BAZIRE. Notice sur plusieurs substances apportées de Guatimala. 48
BOUDET. Observations sur le cyanure de potassium considéré comme médicament. 54
GAUDIN. Note sur quelques bleus de Cobalt. ib.
Liniment iodé. 55
Emplâtres émétisés. ib.
DUMAS ET PÉLIGOT. Sur l'huile de cannelle. 56
» Note sur un nouvel alcool. ib.
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. — Séance du 6 août 1834. 57

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Observations chimiques sur les calculs urinaires et biliaires. 39
COUERBE. Du cerveau considéré sous le point de vue chimique et physiologique. (*a.*)
BOUTIGNY. Note sur l'action qu'exerce l'ammoniaque employé contre l'ivresse. 42
CHEVALLIER. Suspicion d'incendie. — Rapport à ce sujet. *ib.*
» Sur la créosote. 43
MOUCHON FILS. Thridace retirée des tiges sèches de laitue. 44
LEROY. De la formation de l'ammoniaque pendant la préparation du kermès, dit sulfure d'antimoine hydraté. *ib.*
STARK. De l'influence des couleurs sur les odeurs et sur le calorique. 45
Sulfure de fer présenté et vendu comme nickel. 46
BLEY. Préparation de la buxine. *ib.*
WATSAN ET WELDING. Analyse de la digitale pourprée. 47
RICHINI. Sur quelques nouvelles pommades de *daturine simple*, de *daturine hydrocyanique*, et de *daturine iodurée*. *ib.*
GRISCOM (JOHN). Sur l'apocine. *ib.*

O. BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'induration du poumon chez les enfans nouveau-nés, et sur les moyens propres à la combattre; par EDOUARD JOERG. 57
Examen de l'examen de M. Broussais; par M. LOUIS. 58
Recherches sur la génération des mammifères; par M. COSTE. 60
Traité complet d'anatomie descriptive et raisonnée; par BROC. 62

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. — Remèdes secrets. — Anencéphalie. — Prix Portal. — Lithotritie, 65. — Affection du cervelet. — Bouts de seins et biberons en liége. — Tumeur polypiforme du cœur, 66. — Acarus de la gale. — Corps étranger du genou, 67. — Lithotritie. — Lithotomie sus-pubienne. — Syphon continu, 68.
ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES. — Analyse chimique du cerveau. — Mécanisme des bruits du cœur, 68. — Philosophie zoologique, succession et transmutation des espèces, 70. — Mécanisme des bruits du cœur, 71.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Réplétion immodérée de l'estomac; congestion pulmonaire suffocante; perte de la voix, suspension de la faculté de parler. — Prompte guérison par les sangsues et les révulsifs. — Observation recueillie par M. le Dr. FALLOT. 165
Réflexions sur le mode de propagation de l'ophthalmie de l'armée; par L. FROMONT. 169
Observation d'hémorrhagie utérine; par le Dr. PHILIPPART. 172

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur la couleur rouge du sang; par le Dr. STEVENS. (Extrait par le Dr. CANSTATT.) 174
Mémoire sur l'ophthalmie de l'armée belge; par le Dr. JUNGKEN. (Extrait traduit de l'Allemand.) 178

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle. (Compte rendu des tomes IV et V.) 180
Cours de chimie organique; par GUILLERY. (Analyse.) 181

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Réclamation de M. le Dr. VANHONSEBROUCK, au sujet du compte rendu de son mémoire sur l'ophthalmie. 183
Note de la rédaction à ce sujet. 184
Lettre de M. le Dr. SOVET, sur un impôt arbitraire supporté par les médecins. *ib.*

VARIÉTÉS.

Lettre à un médecin de province sur la capitale. 185